

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ A RECUEILLIR TOUS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

FONDATEUR

D^r J. BAILLARGER

Médecin honoraire de la Salpêtrière, membre de l'Académie de Médecine

RÉDACTEUR EN CHEF

D^r ANT. RITTI

Médecin honoraire de la Maison nationale de Charenton.

DIXIÈME SÉRIE — TOME DIXIÈME

SOIXANTE-QUATORZIÈME ANNÉE

90152

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 120

1918



2014771

2014771-2014771

2014771

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES
JOURNAL
DE
L'ALIÉNATION MENTALE
ET DE
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Psychologie

LES GRANDS INQUIETS

CONTRIBUTION A LA PSYCHOLOGIE DES GRANDS HOMMES

PAR LES DOCTEURS

DESWARTE et **Marguerite JANNIN**

Médecin en chef, Médecin adjoint par intérim,
à l'asile de Maréville.

Suite et fin (1).

III. — AUGUSTE COMTE

Montrer qu'Auguste Comte, en donnant comme but fondamental de sa doctrine l'étude de l'homme en général, a exprimé une idée d'une prescience vraiment géniale, bien d'autres l'ont fait avant nous.

Car étudier les individus est évidemment nécessaire, mais généraliser, rechercher les causes et les résultats de l'activité non d'un seul homme, mais de groupe-

(1) Voir les *Annales* de mars et de mai 1918.

ments ethniques et enfin de l'humanité, voilà l'aboutissant dernier : ainsi de même on étudie un phénomène pour arriver à l'aboutissement d'une loi.

En effet, la raison dernière de toutes les recherches de l'homme est de découvrir les lois qui le régissent, de manière à agir dans un sens conforme à la direction de ces lois. D'une manière inéluctable, l'homme, être social, et l'homme comme total des individus, est entraîné par des courants dont malheureusement la direction reste encore inconnue. Ainsi, le but de tous les efforts des hommes doit être d'orienter le courant des consciences individuelles dans le sens des grands courants qui emportent fatalement l'humanité vers sa destinée naturelle ; cette destinée, c'est là au moins l'espérance profonde de chacun de nous, ne peut que réaliser comme résultat dernier le maximum de bonheur : selon le mot de la Bible, l'homme tend au bonheur comme les étincelles tendent à voler.

Progrès, marche en avant dans le sens étymologique, voilà le but, et ce progrès ne peut être qu'une marche vers l'amélioration toujours poursuivie de la nature de l'homme en vue d'atteindre au bonheur particulier dont la somme sera le bonheur de tous.

C'est ce que Comte a bien compris quand, le premier, il s'est prononcé pour l'étude biologique de l'homme dont il est indispensable, évidemment, de bien connaître la nature pour arriver à savoir dans quel sens il doit nécessairement porter ses efforts ; et ceux-ci ne peuvent tendre encore une fois que vers un perfectionnement toujours plus achevé de son intelligence et de son corps. On ne peut concevoir en effet le maximum du bonheur humain que sous la forme de l'emploi maximum de l'activité matérielle dans les meilleures conditions de santé possibles, et de l'activité intellectuelle dans le sens de la recherche de la trilogie qui

comprend toutes nos aspirations : le Vrai, le Beau, le Bien.

On sait qu'avec l'étude de l'homme biologique, Comte a proclamé dans sa doctrine la nécessité de rechercher les causes et les résultats des efforts d'ensemble des hommes, d'étudier ces causes et ces résultats dans les grands événements humains ; le premier, il a prononcé le mot : la philosophie scientifique de l'histoire.

Cependant, Comte, malgré ce que l'on a dit de ses théories et malgré certaines assertions, faciles à relever dans ses écrits, n'a pas prétendu dédaigner la psychologie individuelle, et les éléments de la démonstration de ce fait ont été présentés réunis d'une manière lumineuse dans l'essai sur le système psychologique d'Aug. Comte, publié en 1908 par M. Ang. Georges dans les *Archives d'anthropologie et de psychologie*.

Mais l'esprit généralisateur de Comte devait se méfier de l'étude individuelle ; sans doute, il préférerait voir de loin les résultats de l'activité générale, le travail d'ensemble des sociétés, au milieu duquel disparaît l'effort de chacun de nous, de même, qu'on nous permette cette comparaison, que l'on ne peut reconnaître dans un édifice une fois achevé le travail particulier de tel ou tel des ouvriers qui ont contribué à le construire.

D'ailleurs, Comte lui-même n'a-t-il pas écrit : « La sociologie fait seule connaître nos attributs intellectuels et moraux, qui ne deviennent assez appréciables que dans leur essor collectif. »

Et quelles idées fécondes dans ces doctrines toutes nouvelles apportées par l'auteur du positivisme, la nécessité d'étudier l'homme biologique et la philosophie de l'activité collective des hommes dans les grands événements de l'histoire ! Son merveilleux esprit a compris le besoin de l'étude de l'homme biologique, ainsi qu'on étudie les différentes parties d'un mécanisme et

leur fonctionnement pour arriver à connaître enfin l'usage de ce mécanisme et la destination de son emploi.

Ce mécanisme une fois connu, il faudra en examiner le jeu dans toutes ses parties pour parvenir à l'améliorer dans le sens de sa destination naturelle jusqu'à rendre enfin parfait son fonctionnement. D'autre part, cela a déjà été dit, ce fonctionnement parfait de l'homme ne peut être réalisé autrement que par l'emploi judicieux de toutes ses facultés et de son activité matérielle dans le but d'atteindre à la satisfaction de la conscience ; celle-ci, à son tour, ne peut être satisfaite autrement que par l'intuition d'un perfectionnement personnel dont le résultat final est plus de bonheur pour chacun par l'amélioration des conditions de la vie de tous. Ce sentiment, cette intuition, tous nous l'avons déjà ressenti lorsqu'il nous est arrivé à certains soirs de nous dire : Je suis content, j'ai bien travaillé aujourd'hui.

A. Comte est mort en 1857, et non seulement son œuvre lui a survécu, contrairement à celle de tant d'autres philosophes qui a péri avec eux, mais cette œuvre suscite encore chaque jour des discussions et provoque toujours le même intérêt.

C'est que l'ensemble des conceptions de ce grand esprit se résume dans la formule d'une idée dernière, puisque, redisons-le, le dernier but de l'esprit humain reste toujours d'atteindre à la compréhension des lois : *Natura, non nisi parendo, vincitur*. (Ce n'est qu'en obéissant à la nature qu'elle est asservie.) Les stoïciens avaient dit déjà : « La liberté humaine consiste dans une adhésion spontanée à la nécessité naturelle. »

Nous restons encore, par malheur, bien éloignés de la connaissance de cette nécessité naturelle ; seules quelques lois physiques nous sont révélées et l'humanité s'astreint d'un consentement universel à leur obéir. C'est ainsi que l'on peut dire, afin de matérialiser cette

idée, que personne ne se penche volontairement trop avant en dehors d'une fenêtre parce que nous connaissons la loi de la pesanteur. De même chacun de nous obéit aux lois de l'hygiène pour obtenir une plus longue durée de son corps. A certaines époques, un grand esprit vient révéler aux hommes une des lois permanentes et durables qui régissent la matière et substitue à une hypothèse le fait réel d'une propriété de cette matière. Telle la découverte de Newton substituant à l'hypothèse mécanique des tourbillons, avancée par Descartes, la loi universelle de la gravitation.

Mais quelle distance encore de la connaissance de ces lois physiques à celle des lois biologiques qui règlent la vie morale des peuples et qui les portent vers un destin toujours mystérieux !

Jusqu'ici, dans ce domaine, c'est l'instinct qui nous a guidés bien plutôt que le raisonnement et c'est sur cet instinct qu'ont été fondées les lois. Les premiers hommes ont senti obscurément, mais d'une manière certaine, qu'un mal particulier était un mal pour tous : de là les défenses et les pénalités édictées dès les premiers âges du monde contre le mal individuel : le crime, l'adultère, le vol. L'instinct de conservation, qui est le plus fort de tous en chacun de nous, a poussé les hommes vers l'entraide mutuelle, vers les sentiments d'union et de concorde, d'abord pour arriver à l'union des races particulières dans l'attente dernière du but idéal : l'union universelle. Les événements actuels, que n'avait jamais vus le monde, portent peut-être en gestation le mouvement d'un bond décisif vers la réalisation de la concorde des peuples.

Amour de son semblable, amour de l'humanité, malgré les retards ou les reculs incessants apportés par les égoïsmes individuels et par la lutte pour la vie que nous sentons ne pas pouvoir être la fin dernière de l'huma-

nité; amour de l'humanité, idée de l'altruisme proclamée comme un sentiment supérieur à l'égoïsme, même au point de vue de l'intérêt individuel; l'égoïsme, erreur monstrueuse, l'altruisme, formule idéale et dernière, amour, enfin, c'est le grand mot que Comte a gravé de sa main puissante au sommet de la pyramide que son génie a édifiée.

Mais Comte, que nous avons cru pouvoir ranger parmi les grands inquiets, fut-il satisfait de son œuvre? Nous estimons que non et la dernière partie de sa vie est à notre avis la démonstration de ce fait.

Ici, il nous faut discuter la question du droit pour le médecin et pour le psychologue de considérer la vie privée d'un grand homme, quelque douloureuse que se révèle cette vie, même d'en faire ressortir les misères, non pas évidemment dans un but de curiosité vaine et déplacée, mais pour tâcher d'y découvrir le fondement et peut-être les lacunes de ses doctrines.

Déjà, M. le Dr Ritti, dans une notice biographique sur Deroisin, un des disciples de Comte, avait écrit : « M'autorisant de la déclaration de Deroisin, je n'ai pas hésité à le suivre sur son terrain, à donner mon avis sur l'état mental de Comte. Je sors de cette étude avec un sentiment de profonde commisération pour les dures souffrances infligées au grand penseur par une sorte de fatalité biologique, sans que soient diminuées en rien ma vénération respectueuse pour l'homme et ma profonde admiration pour son œuvre. »

C'est dans cet esprit que nous avons étudié à notre tour la vie privée d'A. Comte. Car, par une sorte de fatalité biologique, ainsi que l'écrit M. Ritti, combien de grands penseurs ont été frappés précisément dans ce qui était leur raison d'être, dans leur pensée qui, par une sorte de vocation sacrée, les appelait à la recherche opiniâtre de la vérité dans le but de rendre plus légers,

suivant le mot du poète, les travaux de notre vie mortelle !

Ironie cruelle et jusqu'ici inexplicable du destin, éternelle application de la légende de Prométhée enchaîné par Jupiter parce qu'il était coupable d'avoir apporté aux hommes le feu bienfaisant.

*Sæpius ventis agitur ingens
Pinus, et celsæ graviore casu
Decidunt turres, feriuntque summos
Fulgura montes.*

« Le pin superbe est souvent battu par les vents ; les tours élevées tombent d'une chute plus profonde et les plus hautes montagnes sont frappées de la foudre. »

On sait que Comte eut une crise mentale au cours de laquelle il fut traité par Esquirol en 1826. Dans une lettre à Clotilde de Vaux, du 6 juin 1845, il écrit : « Oui, j'aurai le courage de le répéter, j'ai été fou pendant la majeure partie de l'année 1826, à l'âge de vingt-huit ans. » Inclignons-nous devant le malheur d'un grand homme.

Nous pensons, d'ailleurs, avec M. Ritti que les écarts de la dernière pensée d'A. Comte sont imputables aux souffrances de sa vie douloureuse, à l'exagération croissante de son naturel orgueilleux et sensible, à son esprit méthodique jusqu'à la méticulosité qui le poussait à recopier et à cataloguer le moindre billet de sa correspondance personnelle et même ses lettres d'amour. Mais qu'importe le détail.

L'idée géniale de Comte, la subordination nécessaire de la politique à la morale comme le résultat de l'observation scientifique, est devenue une impérieuse réalité.

Après un regard jeté en arrière, que de développements permettrait cette idée. Les formidables événements dont nous sommes les contemporains laissent prévoir

que la grande idée du fondateur du positivisme sera une idée de demain.

Logique, morale, termes identiques comme l'avaient pressenti les grands Hellènes de la Grèce d'autrefois; la morale, dans les actions conduit aux actions triomphantes parce que la morale est d'accord avec la logique inéluctable qui conduit les événements.

A. Comte, comme Pascal, avait une tendance naturelle de l'esprit qui le porta vers l'étude des mathématiques. Sorti de l'École polytechnique, il fut un moment examinateur pour l'admission à cette école, en même temps que répétiteur de mécanique rationnelle. Mais ses théories, en ce qu'elles rejetaient les données métaphysiques, lui attirèrent les haines des coterie scientifiques d'alors. Il vécut pauvre et finalement fut menacé dans ses moyens d'existence; aussi a-t-il dit plusieurs fois que « la persécution philosophique ne pouvait plus ni tuer ni emprisonner, mais qu'elle pouvait encore faire mourir de faim ».

Pourtant, l'irrésistible vocation des grands hommes lui permit d'achever au milieu des privations de toute sa vie l'œuvre qu'il avait commencé.

Comme Pascal encore, A. Comte ne fut pas satisfait par l'étude des mathématiques. Cette science ne lui parut être qu'un point de départ pour arriver successivement à l'étude de la physique, de la chimie, de la physiologie, et enfin, comme dernier terme, à la sociologie qu'il appelle la physique sociale.

D'autre part, A. Comte prononça, on le sait, l'anathème contre les hypothèses invérifiables, contre les données métaphysiques coupables à ses yeux d'apporter *a priori* la solution du problème sans l'avoir démontré. L'esprit positiviste devait, selon lui, se détourner d'une cause première dont il n'a aucun moyen de déterminer la nature et d'un but qu'il n'a aucun moyen de saisir.

La science positive avait cependant, dans l'esprit de son fondateur, le but le plus élevé : ainsi que des enfants qui se plaisent dans le rêve, les premiers peuples n'avaient su qu'adorer le mystère incompréhensible, mais « rien ne sert de rêver, si ce n'est à se faire illusion à soi-même ». Il fallait, comme l'a écrit Littré, un des plus grands disciples de Comte, « à mesure que s'efface la trace des vieux préjugés, constituer dans les régions les plus hautes de l'humanité tout un ensemble de convictions qui ne seraient plus jamais renversées ». Pour cela, il fallait s'appuyer uniquement sur la science.

Et cependant, Comte, qui avait comparé les religions à des rêves sans utilité, aux premiers vagissements des sociétés humaines, fonda à son tour une religion dont il se déclara le grand prêtre, après en avoir imaginé avec une minutieuse orthodoxie les rites compliqués. Il revint même à une sorte de Trinité semblable à celle qu'on retrouve dans la religion de l'Égypte et dans la religion chrétienne. L'Humanité est l'objet du culte. Elle est *le Grand Être*, la terre est *le Grand Fétiche*, l'espace *le Grand Milieu*. Il alla enfin jusqu'à renouveler le culte de la Vierge-Mère, culte du christianisme et déjà connu aussi des Égyptiens : Isis, seule, par sa propre énergie, avait conçu, puis enfanté son fils Horus avant son mariage avec Osiris.

Comment expliquer ce revirement d'un des plus profonds esprits du dernier siècle ? L'âme tendre et passionnée de Comte se complut dans l'idée d'une société basée sur l'amour des hommes ; ce grand raisonneur s'oublia lui-même pendant la plus grande partie de sa vie qu'il employa à chercher une construction sociale capable d'assurer le bonheur de ses semblables ; il oublia, tout à son génie, que l'homme n'est pas seulement raison, qu'il est aussi sentiment : tout entier à ses abstractions, Comte oublia qu'il avait un cœur.

Même l'oublia-t-il ? Non, car, d'accord avec sa théorie dans laquelle il fait entrer ce qu'il nomme le *culte personnel* (adoration intime de la femme, épouse, mère ou fille), il chercha à se créer un foyer. Par malheur, pareil à tant de grands esprits si peu aptes à se débattre au milieu des difficultés pratiques de la vie et qui demeurent pendant toute leur existence de grands enfants à la manière d'un Rousseau ou d'un La Fontaine, Comte fit un choix déplorable ; ce positiviste ne sut pas se montrer positif en face des réalités domestiques : il vécut maritalement, puis se maria avec une fille rencontrée dans les galeries du Palais-Royal, qui étaient restées depuis la Révolution le rendez-vous de la galanterie. Cette fille, âgée de dix-neuf ans, était déjà inscrite depuis deux années sur les registres de la police.

Mais cette étonnante faiblesse trouve son explication dans la psychologie de l'auteur du positivisme : Comte, tout entier déjà à sa pensée, avec une âme vibrante et qui a besoin de tendresse, s'éprend au hasard d'une rencontre d'une femme avec laquelle il croit pouvoir contenter le besoin d'amour qu'il ressent comme tous les hommes. Ce positiviste, qui devait avouer plus tard à Clotilde de Vaux que « ceux qui veulent diriger les autres ont souvent besoin d'être dirigés eux-mêmes », ne sut pas trouver la compagne nécessaire à sa vie.

Une pareille union ne pouvait aboutir qu'à un désastre, et en effet Comte et sa femme se séparèrent amiablement après quelques années. Pourtant, lors de cette séparation, le grand philosophe montra toute la loyauté de son caractère : malgré la pénurie de ses ressources et les difficultés de sa vie matérielle, il versa à son ancienne femme une pension annuelle de 3.000 francs, somme considérable pour un homme dépourvu de tout esprit pratique et réduit, du fait des inimitiés officielles que lui valurent ses doctrines, à un état de gêne voisin de la

misère. Aussitôt il s'efforce d'oublier la douleur de cette première expérience sentimentale, et avec la ténacité que donne l'apostolat du génie, il se remet tout entier à son œuvre et gagne ainsi l'admiration des premiers penseurs de son époque, Littré, Carnot en France, Stuart Mill, Herbert Spencer en Angleterre.

Mais déjà au moment de la rupture qui eut lieu seulement en 1842 (Comte avait alors quarante-quatre ans) la désaffection s'était produite depuis de longues années entre deux époux si disparates. Ainsi, pendant toute une longue période, Comte est seulement un grand penseur ; pendant de longues années, il refoule en lui tout le besoin d'affection qu'il ressent dans son âme frémissante, et un jour, chez l'homme vieilli, à l'âge de quarante-six ans, l'imprudence de cette vie illogique apparaît ; la crise sentimentale éclate, trop tard, un peu ridicule, justifiant peut-être, hélas ! le mot du poète : *Turpe senilis amor*.

Comte rencontre une jeune femme de dix-sept ans plus jeune que lui, il en devient éperdument épris ; puis, malheureux jusqu'au bout, il la voit avec désespoir lui résister, refuser de convertir en liaison une passion qui reste jusqu'à la fin platonique et, dans le naufrage définitif de sa vie, il demeure frappé à jamais de voir l'objet de son culte mourir devant ses yeux d'une affection de poitrine qui ne pardonne pas.

C'est la faillite désormais de toute sa vie sentimentale ; plus d'espoir, tout lui a manqué, la vie conjugale et l'espoir immense d'être enfin heureux dans un amour tardif. Cependant il lutte encore, il luttera jusqu'à son dernier jour, puisque jusqu'au dernier jour l'homme veut poursuivre son rêve. Et il tenta de parachever son œuvre. Comment ?

Disons d'abord qu'on peut penser qu'A. Comte n'avait pas été insensible au reproche que lui avaient

fait ses plus grands disciples, d'avoir enfanté une doctrine incomplète parce que cette doctrine ne résolvait pas le tout de l'homme. Certainement, il faut que la métaphysique s'habitue à regarder, non pas seulement au-dessus de nos têtes, mais à nos côtés et à nos pieds. Mais une fois connue par l'étude des sciences la constitution du monde, ne restera-t-il vraiment plus rien à chercher pour l'homme, et la science sociale, la connaissance des lois qui régissent les sociétés, sont-elles le dernier terme de la connaissance? Ni spiritualiste ni matérialiste, la philosophie positive en se détournant de la recherche de la cause finale satisfait-elle complètement l'homme, la faible et pensante humanité jetée dans l'immensité des espaces? Abandonner comme stérile toute spéculation sur les causes premières et les causes finales, c'est la formule positiviste, mais cet abandon laisse l'esprit humain en présence de l'immensité inconnue comme d'un objet dont il ne peut détacher son regard. « Je n'interdis point à l'esprit de se perdre, avec l'indéfinissable frémissement que cause l'abîme, dans l'espace et dans le temps sans bornes », a écrit Littré que nous voyons ailleurs s'arrêter surpris devant le mot de Newton : « Celui qui a fait l'œil connaissait les lois de l'optique. »

Un autre penseur, très au courant de l'œuvre de Comte, Spencer, avait écrit à son tour : « La religion, ayant pour fonction essentielle d'empêcher l'homme d'être entièrement absorbé dans ce qui est relatif et immédiat, et d'éveiller en lui la conscience de quelque chose de plus élevé, a pour objet l'*incognoscible*. Qu'un pareil objet soit inaccessible à l'esprit humain, soit, mais inaccessible ne veut pas dire inexistant. L'immensité apparaît sous un double caractère, la réalité et l'inaccessibilité. C'est un océan qui vient battre notre rive, et pour lequel nous n'avons ni barque ni voile,

mais dont la claire vision est aussi salubre que formidable. » Philosophiquement donc, le positivisme ne change pas la position de l'esprit humain en face de l'origine ou de la fin des choses et cela est proclamé par les disciples mêmes de Comte.

Le grand philosophe a-t-il été touché de ces critiques; lui-même a-t-il senti à son tour le besoin millénaire de pénétrer plus haut que le monde et les faits sensibles après avoir promulgué comme un dogme que l'esprit de l'homme ne pouvait connaître que l'ordonnance générale des choses?

Sa théorie satisfaisait sa raison, elle ne réchauffait pas son cœur. Alors, après la disparition de celle qu'il avait tant aimé, Comte fut repris sans doute de l'ancien rêve des hommes; il fonda à son tour une religion, et pour ne pas faillir à la pensée de toute sa vie, celui qui avait enseigné comme la conclusion de toute sa doctrine l'amour de l'Humanité, proclama l'Humanité comme le dieu que devaient adorer les adeptes de la religion nouvelle. Et il associa au culte nouveau l'objet de son dernier amour malheureux. Faiblesse, a-t-on dit, faiblesse sans doute, si l'homme de génie n'était pas après tout un homme.

Et ne trouve-t-on pas encore une autre explication de ce phénomène dans l'étude de l'âme de Comte qui, toute sa vie prodigua ses anathèmes aux matérialistes, tout en revendiquant à maintes reprises le nom de « nouveau spiritualisme » comme le plus propre à caractériser l'esprit de sa doctrine définitive?

Enfin, il appartenait au grand philosophe qui avait supérieurement montré « les nécessaires interférences de l'instinct et de l'intelligence que présente tout être concret » d'être lui-même un lumineux exemple de cette loi.

Après avoir cherché à accorder les deux parties de

l'œuvre de Comte, on peut exprimer peut-être cette conclusion : L'homme est une double nature, à la fois raison et sentiment; il doit s'attacher à contenter l'une et l'autre : il doit satisfaire sa raison, il doit satisfaire son cœur. Le grand homme malheureux que fut Comte en confessa l'aveu tardivement à Clotilde de Vaux, celle qu'il aimait trop tard pour lui et pour elle : « On ne peut pas toujours penser et agir, mais on peut toujours aimer ». Aveu candide et douloureux qui excuse des fautes, surtout quand l'origine de ces fautes est dans l'oubli de soi-même pour l'utilité de ses semblables.

Pascal, désespéré jusqu'à son dernier jour, avait écrit : « La mathématique est inutile en sa profondeur. » Comte, mathématicien lui aussi, a considéré les mathématiques comme un simple point de départ pour aboutir enfin à la recherche d'un système capable d'assurer le bonheur des hommes, mais fondé seulement sur l'observation scientifique. Il n'en fut pas satisfait. Car l'exercice de la raison seule ne contente pas. A quoi servirait-il d'étudier les règles qui président à la forme des accords, de connaître les lois qui permettent d'obtenir les sons harmoniques, si de cette connaissance il ne résultait pas l'harmonie qui éveille notre sensibilité et qui s'adresse enfin comme un langage à notre cœur ?

Pathologie

LES ÉTATS MÉLANCOLIQUES

CONSÉCUTIFS AUX COMMOTIONS CÉRÉBRALES

PAR LES DOCTEURS

J. EUZIÈRE

et

P. GUIRAUD

Professeur agrégé
à la Faculté de médecine
de Montpellier.

Médecin des asiles.

Dans les nombreuses publications consacrées aux troubles mentaux post-commotionnels les états mélancoliques sont rarement décrits en détail. Charon et Halberstadt, dans leur Revue générale (1), disent que les états lypémaniques « sont exceptionnels mais peuvent s'observer grâce à un terrain prédisposé » ; Bonhomme et Nordman (2) se bornent à signaler leur fréquence dans une note ; Roussy et Lhermitte (3) consacrent quelques mots aux troubles psychiques à tendance dépressive, qui peuvent aller jusqu'à la mélancolie. En peu de temps nous avons rencontré un certain nombre de commotionnés présentant, au milieu de bien d'autres troubles psychiques, un état mélancolique très

(1) Charon et Halberstadt. Troubles psychiques des commotionnés, *Paris médical*, 7 juillet 1917.

(2) Bonhomme et Nordman. Caractères essentiels de la commotion cérébro-spinale. *Annales médico-psychologiques*, octobre 1916, p. 530.

(3) Roussy et Lhermitte. *Les psychonévroses de guerre*, p. 135.

net ayant provoqué chez la plupart des tentatives de suicide. Nous ne croyons pas être en présence d'une série fortuite. Il nous semble au contraire que la mélancolie doit être fréquente chez les commotionnés graves, dont la maladie se prolonge.

Voici d'abord nos cinq observations. Naturellement elles ne concernent que des sujets ayant subi une véritable commotion, c'est-à-dire une puissante explosion à très courte distance par un gros obus, torpille ou mine.

OBS. I. — C..., trente-trois ans, conducteur de diligence. Sans antécédents héréditaires ni personnels notables.

Part au début de la mobilisation, reste au front dans l'infanterie puis dans le génie sans blessure.

En juillet 1915, il travaillait chaque jour à placer des fils de fer. A partir de ce moment, lacune complète dans sa mémoire, puis a repris connaissance en octobre 1915 à l'hôpital de Cahors.

En réalité a été victime d'une commotion par explosion de mine. Son frère, mobilisé dans le même secteur, et des camarades de compagnie ont pu nous renseigner à ce sujet. Après deux mois de traitement est envoyé en convalescence chez lui. Il n'y fait pas grand'chose, parle peu, garde quelquefois des moutons. Il souffre physiquement dans la région du cœur, et moralement il est inquiet, se sent perdu. Il éprouve beaucoup de vertiges et ne peut supporter le bruit. Il entend continuellement le son du canon dans les oreilles ; surdité complète du côté gauche. Toutes les nuits il est tourmenté par des rêves, il entend toujours le marmitage et la bataille.

Rentré au dépôt, il ne peut faire aucun service, sa maladie l'inquiète. Que va-t-on faire de lui, va-t-on le faire passer en conseil de guerre ? Il mange peu. Il est renvoyé à l'hôpital de Cahors.

Le 13 avril 1916, C... est transféré au Centre de neurologie avec le diagnostic de « surdité par commotion, présente des signes de déséquilibre mental, met par ses excentricités le désordre dans l'hôpital, balancement stéréotypé ».

Il semble terrorisé, tremble, regarde fixement dans la même direction, répond à quelques questions avec beaucoup de retard et par monosyllabes. Il met vingt-cinq minutes à se déshabiller.

ler. Ne peut arriver à exécuter les opérations de calcul les plus simples. Lorsqu'on lui demande combien font deux fois quatre, il compte sur ses doigts pendant cinq minutes, puis oublie la question et finit par se gratter la main. Tremblement avec oscillations du tronc. Au cours de l'examen crise nerveuse avec chute sans perte de connaissance.

Reste isolé, ne parlant pas; jusqu'en juillet 1917. A ce moment essaie de se tuer avec un couteau, explique qu'il a des rêves terrifiants dans la nuit. Etat mélancolique très accentué avec anxiété, interprétations délirantes, crainte de supplices imaginaires.

Est interné le 27 juillet 1917. S'améliore progressivement.

Septembre 1917. — Bien orienté, répond de façon précise, a oublié beaucoup de faits importants depuis son séjour à l'hôpital de Cahors, en particulier son voyage en chemin de fer de Cahors à Toulouse. Algies multiples. Lenteur et fatigabilité mentales. Surdité améliorée.

Examen physique, novembre 1917 :

Sensibilité rien d'anormal.

Pas de troubles moteurs, plus de tremblements, sauf à la langue.

Réflexes rotuliens vifs.

Appareil sympathique. — Dermographisme en relief persistant pendant trois heures, réflexe horripilateur très accentué.

Réflexe oculo-cardiaque, 92-93.

Hyperhydrose palmaire bilatérale.

Appareil oculaire. — Légère inégalité pupillaire. Les pupilles réagissent bien.

Obs. II. — Adjudant T..., trente-sept ans.

Rien d'anormal au point de vue des antécédents, pas de nervosisme avant la guerre.

Le 31 août 1914, T... commandait sa section sous le bombardement ennemi; il entend le sifflement d'un gros obus se rapprocher, puis perd connaissance. Il présente des troubles mentaux que ne peuvent préciser ses chefs et est évacué le lendemain de sa commotion. Depuis ce moment amnésie lacunaire complète et prolongée. Il sait vaguement qu'il est passé par Clermont-Ferrand. Après trois mois de traitement il est envoyé en convalescence dans un état de dépression accentué.

En 1915 il présente des idées délirantes mélancoliques, « on le fait suivre, on le prend pour un espion, les Allemands veulent sa mort ».

Le même état persiste jusqu'en juillet 1917, époque à laquelle il revient au Centre de neurologie.

Troubles affectifs. — Etat continu de crainte, d'appréhension sans objet. Un bruit, une porte qui s'ouvre, un objet qui tombe le font tressaillir et exagèrent son tremblement continu du côté gauche. La préoccupation d'un examen médical, quand il le connaît d'avance, l'inquiète, l'obsède, l'empêche de dormir.

Accès fréquents d'angoisse. Toute émotion inhibe les opérations intellectuelles.

Sentiments d'amoindrissement et d'humilité, déférence exagérée.

Idées délirantes mélancoliques; dès son arrivée dans la salle, T... dit : « Je n'ai fait de mal à personne, je ne suis pas un espion. »

Les idées délirantes, datant de plus de deux ans, se sont développées. Il écrit qu'on l'a fait entrer à l'hôpital pour le surveiller de plus près. Il se figure être méprisé par tous ses camarades et se croit indigne de serrer la main au médecin.

Aboulie. — Se sent incapable d'accomplir seul un acte même sans importance. « S'il fallait que j'aie tout seul chez le coiffeur, je ne pourrais pas le faire, de même au restaurant. Pourtant je sais bien ce que j'aurais à faire. »

Troubles intellectuels. — Amnésie lacunaire absolue jusqu'à son séjour à Clermont-Ferrand.

Amnésie rétrograde. A oublié diverses choses qu'il connaissait très bien, par exemple le règlement sur le service intérieur ou l'histoire de France.

Amnésie de fixation très accentuée, ne retrouve aucun détail des événements quotidiens.

Fatigabilité rapide. Faiblesse de l'attention. Tout travail intellectuel est accompli avec une extrême lenteur.

Algies et langage cénestopathique. — Il exprime ses sensations intérieures par des images variées : les idées tournent autour de lui comme des boules de feu, elles grouillent dans sa tête comme des asticots, elles le brûlent comme les pointes de feu d'un thermocautère intérieur.

Onirisme. — Continu depuis sa commotion, toutes les nuits il voit les tranchées, entend siffler les obus, rêve de charges, d'assauts. Il voit des chauves-souris, des animaux, etc. Hallucinations hypnagogiques.

Examen physique. — Hémiparésie gauche. Tous les mou-

vements sont possibles mais la force est diminuée. Dynamomètre : G. 23. D. 40.

Hémitremblement gauche. Des secousses amples et peu fréquentes agitent l'épaule et les membres. Les mêmes troubles sont bien moins marqués à droite.

Hémihypoesthésie gauche. Sent le contact, les sensations douloureuses et thermiques sont très diminuées.

Réflexes. — Rotuliens vifs, achilléens normaux, crémasteriens et abdominaux abolis.

Troubles sensoriels. — La vue et l'ouïe qui étaient très affaiblies au début de la maladie se sont améliorées progressivement.

Troubles de la musculature interne. — Spasmes du pharynx fréquents.

Vomissements abondants et fréquents au début de la maladie; actuellement ils ont diminué.

Troubles sympathiques. — Les mains et les pieds sont constamment froids.

Réflexe horripilateur, dermatographisme. Réflexe oculo-cardiaque impossible à examiner à cause de l'émotion provoquée.

Pouls : 120.

Perturbations importantes du sens de l'équilibration, surtout nettes aux épreuves rotatoires, avec abolition des divers nystagmus.

Obs. III. — Caporal T..., trente et un ans.

Aucun antécédent héréditaire ou personnel. Très sobre.

Parti, au début de la mobilisation, dans un régiment d'infanterie. Blessé légèrement par éclat d'obus, en octobre 1914, et par balle, en août 1916.

A deux reprises, au cours d'attaques, avait eu des périodes d'exaltation de quelques minutes, gesticulant, criant, jetant des grenades au hasard.

Le 11 novembre 1916, T... est commotionné par l'explosion d'une torpille qui tue trois soldats immédiatement à côté de lui. Il est transporté au poste de secours dans un état de demi-stupeur qui se dissipe peu à peu. Il reste un mois au Centre de neurologie de Châlons, présentant de la dépression, des idées de suicide, de l'onirisme nocturne avec agitation. Après une permission de sept jours, au cours de laquelle il est triste, il ne reste que quatre jours en ligne et est évacué de nouveau à l'intérieur pour « dépression psychique avec légère anxiété, préoccupations exagérées d'ordre hypocondriaque ».

Il entre à l'hôpital de Fleury-les-Aubrais, où il fait une tentative de suicide. Il a des hallucinations de l'ouïe très actives, ses parents parlent de lui. Le mot « sacrilège », souvent entendu, et les gestes de ses camarades lui font comprendre que sa femme le trompe. L'onirisme nocturne continue. Il commence à se faire des reproches, repasse toute sa vie au front, trouve qu'il n'a pas fait son devoir.

Transféré à l'Hôpital 58, à Toulouse, en juillet 1917, il présente une période d'amélioration, sort souvent en ville avec sa femme.

En octobre, accès de mélancolie anxieuse caractéristique. Se donne un coup de canif dans la région du cœur.

Il entre à l'asile de Braqueville, le 3 octobre, dans un état d'anxiété extrême, avec nombreuses hallucinations de l'ouïe et de la vue; il entend sa mère, sa femme et les voisins qui disent du mal de lui; il voit des figures d'hommes et d'animaux sur les murs de sa chambre.

Confusion mentale passagère.

Le 10 octobre, il essaie de se pendre avec un drap de lit à une fenêtre dont il a démonté l'imposte. Traitement par le laudanum à doses progressives. Amaigrissement rapide.

Le 20 octobre, à la visite, T... déclare : « Je ne me tuerai pas; j'ai compris que j'étais le fils de Guillaume II, parce que, quand j'étais petit, on me disait que je ressemblais à un Allemand; pour être passé par où je suis passé sans être tué, il a fallu que les Boches m'épargnent volontairement. » Deux jours après, il rit de cette affirmation et dit : « C'est une idée absurde qui m'est passée par la tête. »

3 novembre. Nouvelle poussée d'anxiété avec idées de culpabilité et d'auto-accusation. Essaie de s'ouvrir les veines avec un os de pigeon qu'il a dissimulé.

6 novembre. S'améliore rapidement, entend encore des voix qui lui disent que sa femme le trompe. Bien orienté, a conservé un souvenir précis de toutes les phases de sa maladie.

20 novembre. L'amélioration s'accroît; embonpoint; est repris par sa famille.

Au moment de sa sortie, continue à se plaindre de céphalées violentes, de vertiges.

Examen physique. — Motilité normale. Pas de troubles des réflexes. Pas de troubles de la sensibilité, hyperhydrose palmaire.

Troubles assez importants du sens de l'équilibration. A noter

une chute arrière dans le vertige voltaïque, quel que soit le sens du courant, et du renversement sens négatif dans la recherche des nystagmus inférieur et supérieur.

OBS. IV. — B..., trente et un ans, cultivateur.

Pas d'antécédents névrosiques.

N'a jamais été blessé. Le 24 avril 1916, est victime d'une commotion par suite de l'éclatement voisin d'un gros obus. Tombe immédiatement dans un état de stupeur avec amnésie dont on ne peut préciser la durée. Quand il revient à lui, présente un tremblement continu, est incapable de parler; il a, de temps en temps, des crises avec chute, exagération du tremblement sans perte de connaissance.

Après traitement dans un centre neurologique, il est réformé sans qu'aucune amélioration soit survenue.

Vient au Centre de la XVII^e région le 19 mai 1917.

Tremblement. — La tête est animée d'oscillations antéro-postérieures amples avec déviation à droite, tremblement léger des mains. Toute émotion exagère beaucoup cet état.

Troubles de la motilité volontaire. — Est incapable de souffler, de siffler; cependant, il peut fumer. Ne peut tirer la langue ni la mouvoir à l'intérieur de la bouche. Quand il essaie d'exécuter ces mouvements, elle se rétracte sous forme d'une masse globuleuse.

Ne peut pas parler. L'air sort sans force de ses poumons. On entend vaguement le son : A.

Émotivité. — Reste habituellement seul, sans se lier avec ses camarades, le facies triste, semble ne s'intéresser à rien. Inquiet au moindre incident, le tremblement s'exagère beaucoup. Crises de nerfs fréquentes quand on lui parle brusquement. Est surtout très ému quand on lui rappelle qu'il a été traité à l'électricité.

A la longue, après avoir obtenu sa confiance, on arrive à atténuer légèrement cette émotivité, et B... finit par faire comprendre qu'il est désespéré de son état, qu'il est perdu, qu'il ne guérira jamais.

Un jour, au cours d'une crise anxieuse, il essaie de se jeter par la fenêtre. L'infirmier arrive juste à temps pour l'arrêter.

État général. — Mauvais. Malade amaigri, mange peu, vomit souvent.

État physique. — Réflexes tendineux vifs, pouls rapide et très variable, dermatisme. L'équilibration n'a pu être examinée dans l'intérêt du malade.

OBS. V. — Caporal L..., trente-quatre ans.

Sans antécédents névropathiques.

Arrive au front le 8 septembre 1914. Malade un mois par rhumatismes en 1915. Le 6 mai 1916, voit arriver une torpille qui tombe juste à la porte de l'abri dans lequel il allait entrer. Perd connaissance complètement. Cinq ou six heures après, se réveille au village des Éparges, demande où il est et ce qui lui est arrivé. Est étonné de ne pouvoir se tenir debout et de souffrir de partout. Reste un mois en traitement à l'hôpital. « Je souffrais de la tête et des reins, j'avais des vertiges, je ne dormais pas la nuit. Je rêvais que je tombais dans des précipices. »

Rejoint sa compagnie un mois après. « A mon retour, je ne pouvais plus rien faire, je n'avais pas d'appétit, j'étais triste, je me tourmentais pour des affaires insignifiantes. Les obus me faisaient peur. »

Participe à l'attaque de la Somme en 1916. Son capitaine n'ayant plus confiance en lui ne lui laissait rien faire.

Est envoyé au dépôt divisionnaire pour se reposer et, finalement, après plusieurs évacuations, arrive au Centre de neurologie de Toulouse.

Facies triste, grande difficulté pour évoquer les souvenirs. Parle peu et lentement. « Je ne peux rien retenir. Autrefois, j'avais une mémoire incroyable; maintenant, je ne peux même plus dire le nom des infirmiers. »

Pense constamment à sa famille qui est restée en pays envahi. « J'ai des mauvaises idées, j'en ai assez de vivre, je veux mourir, les idées noires me tracassent et je ne puis les chasser. » Pleure facilement : « Je ne peux plus lire un feuilleton, parce que ce que je lis m'impressionne trop. »

Dort peu la nuit. Cauchemars continuels. « Depuis ma blessure, je me bats toutes les nuits. »

Algies multiples, souffre de partout, particulièrement de la tête et des reins.

Examen physique. — Réflexes tendineux et rotuliens vifs. Pouls : 92. Réflexe oculo-cardiaque inversé : 92-96. Dermographisme en relief très accentué. Réflexe horripilateur net. Mains moites. A remarqué spontanément qu'il avait des crises de sueur à la paume des mains.

I. — SYMPTÔMES D'ENSEMBLE.

Quoique l'histoire clinique de chacun de nos malades présente sa physionomie particulière, il est possible d'en dégager un syndrome d'ensemble qui concorde à peu près avec les descriptions déjà nombreuses de l'état commotionnel (Mairet et Piéron, Bonhomme et Nordman, Charon et Halberstadt, Lépine, Roussy et Lhermitte, etc).

Ce syndrome, rapidement décrit, nous servira de point de départ pour étudier le développement des états mélancoliques.

Nous insisterons peu sur les symptômes du début que nous n'avons pas observés directement chez nos malades.

Chez trois de nos cinq commotionnés, l'explosion a provoqué immédiatement un état de stupeur avec amnésie lacunaire. C... (obs. I) s'est réveillé à l'hôpital de Cahors deux mois après son accident, qu'il ignorait complètement. La même amnésie lacunaire se retrouve, très prolongée dans l'observation II, courte dans l'observation III. Le caporal T... n'a pas perdu complètement connaissance, mais il ne lui reste que de très vagues souvenirs de son transport au poste de secours.

La confusion mentale, habituellement décrite après cet état, ne semble pas avoir été la règle, à moins de considérer comme de la confusion la période de stupeur amnésique dont nous venons de parler. Si la confusion véritable, avec désorientation et embrouillement des idées à l'état de veille, manque, l'onirisme est général. Il ne s'agit pas de « vagues cauchemars guerriers », observés chez tous les combattants. Au cours de leur sommeil, nos malades revivent véritablement l'état de guerre. Le caporal T..., rêvant à des assauts et à des attaques, se lève, gesticule, crie, commande son

escouade. De même, C... entend siffler les obus, voit les Boches s'avancer et conserve à l'état de veille l'état de peur anxieuse révélé par l'onirisme. L... dit : « Depuis mon accident, je me suis battu toutes les nuits. »

Voici les symptômes principaux de la période tardive que nous avons directement observés.

a) *Troubles intellectuels.* — Au sortir de la période d'amnésie lacunaire, quand le malade reprend contact avec le monde extérieur, il s'en faut que l'intelligence revienne à son intégrité première. Le symptôme le plus frappant est l'*amnésie de fixation*. L'adjudant T... est typique à cet égard. Depuis sa commotion, il a conservé de sa vie à peine quelques images, « comme des visions de cinéma », quelques noms d'hôpitaux ou de villes, quelques impressions de voyages en chemin de fer; mais il ne peut se rappeler aucun détail, aucun fait précis, par exemple si la veille il a reçu la visite de sa femme. L..., qui avait une mémoire excellente, ne peut même pas retenir le nom de son infirmier.

Les souvenirs anciens, quoique amoindris, sont bien mieux conservés.

L'affaiblissement de l'attention est général. Si, pendant un moment, le commotionné peut concentrer son esprit, rapidement il se fatigue et retombe dans son inertie; c'est pourquoi on le voit rarement lire, travailler intellectuellement. Beaucoup n'arrivent pas à écrire une lettre. Le ralentissement des opérations mentales est remarquable. Les malades parlent lentement, simplifient la syntaxe, se perdent dans leurs récits.

b) *Symptômes d'ordre émotionnel.* — Nous ne donnons à ce terme aucune valeur pathogénique. Nous sommes loin d'admettre, avec G. Ballet et Rogues de Fursac, que les commotionnés ne sont que des émotionnés. Dans cette étude purement clinique, nous ne cherchons qu'à décrire les symptômes sans nous pré-

occuper de leur origine physique ou purement émotive.

Longtemps après leur traumatisme, nos commotionnés restent dans un état continu de peur et d'anxiété diffuse. Le moindre événement les impressionne : une visite inattendue, un déplacement, un examen médical. L'animation de la foule et surtout le bruit leur sont insupportables. T... (obs. II) se fait prévenir par sa femme pour n'être pas trop ému quand une voiture va passer dans la rue.

C'est le même fonds d'émotivité qui se manifeste dans la forme pénible et effrayante de l'onirisme.

A l'état de veille, l'émotion s'exagère souvent jusqu'à la crise de nerfs. Nous l'avons observée chez trois de nos cinq sujets. Quelques paroles brusques, la vue des appareils électriques chez ceux qui ont été soumis à la galvanisation peuvent les provoquer. Il ne s'agit pas de l'attaque théâtrale d'hystérie, prolongée, avec cris et attitudes passionnelles; nos malades pâlisent, tremblent, se serrent la poitrine comme dans l'angoisse et tombent. Chez T... (obs. II) le pouls rapide d'habitude devient incomptable.

Le tremblement généralisé et passager est encore une manifestation émotive. Quand il existe un tremblement continu dont nous parlerons plus loin, il est toujours exagéré par l'émotion.

Enfin, il faut ajouter les troubles circulatoires et sympathiques qui sont aussi une manifestation somatique de l'émotion chronique : la tachycardie continue est fréquente, elle peut atteindre 130 pulsations à la minute; le dermatographisme en relief persistant très longtemps, surtout dans le dos, est constant, de même le réflexe horripilateur à la face antérieure du thorax. Nous avons souvent observé des troubles vaso-moteurs des extrémités et des crises de sueur à la région palmaire.

c) *Troubles moteurs.* — L'impossibilité d'accomplir certains complexes moteurs tels que : se tenir debout, marcher, parler, se rencontre chez les commotionnés récents. Nous ne l'avons observée que chez un de nos mélancoliques longtemps après l'accident. Sans avoir les muscles des lèvres et de la langue paralysés, B... est incapable de souffler, de siffler, de parler. Si on lui commande de tirer la langue il la contracte, la fait tourner dans sa bouche, la transforme en une masse globuleuse, mais ne peut malgré sa bonne volonté exécuter l'ordre donné. Ces troubles ressemblent plus à l'apraxie, comme Mairé et Piéron l'ont remarqué, qu'au mutisme hystérique.

Trois ans après le traumatisme, l'adjudant T... présente de l'hémi-parésie avec atrophie musculaire et diminution de la force.

Trois de nos malades avaient des tremblements continus. Aucun n'avait l'aspect du tremblement généralisé de la peur devenu chronique, aucun ne ressemblait à un mouvement ayant une signification, une finalité et qui se serait ensuite stéréotypé. Le premier de nos trembleurs, l'adjudant T..., présentait associé à l'hémi-parésie de l'hémitremblement gauche. Le second, B..., était atteint d'une sorte de torticolis mental avec oscillations antéro-postérieures de la tête et flexion à droite. Enfin, C... avait un balancement continu du tronc dans le sens antéro-postérieur.

d) *Troubles de la sensibilité.* — Ils ne sont apparents que chez T... (obs. II) superposés à l'hémi-parésie. Il existe une hémihypoesthésie gauche, remarquée spontanément par le malade avec persistance de la sensibilité tactile et abolition de la sensibilité à la piqure et à la chaleur.

e) *Troubles réflexes.* — Les réflexes tendineux sont généralement vifs. Parfois les réflexes cutanés sont

complètement abolis, en particulier le crémastérien et les abdominaux. Nous n'avons pas observé le signe de Babinski en extension.

f) *Troubles de l'orientation et de l'équilibre.* — Les épreuves de Babinski, de Barany, le vertige voltaïque, la recherche des nystagmus réflexes montrent que, dans presque toutes les commotions graves, le vestibule est atteint. Il y a souvent diminution de l'acuité auditive.

Ces troubles existent chez quatre de nos malades et n'ont pu être recherchés chez l'autre.

g) *Neurasthénie dépressive.* — Tous les symptômes que nous venons de décrire, et dont plusieurs sont particulièrement pénibles, provoquent une impression profonde sur l'état affectif et la conscience des malades.

L'anxiété continue, le sentiment de leur déchéance physique et mentale les conduit à une véritable neurasthénie dépressive décrite par Lépine en tête de ses types mentaux de commotionnés.

Des algies, des préoccupations hypocondriaques, la crainte de ne pas guérir, le désir de la solitude, une tristesse continue, en sont les caractères principaux.

II. — LES ÉTATS MÉLANCOLIQUES.

L'analyse de l'état mental des commotionnés nous a montré que le trouble affectif essentiel est l'inquiétude avec anxiété diffuse. Cette sorte d'émotion chronique domine et teinte tous leurs actes psychiques ; elle exerce son influence au cours de l'onirisme comme au cours de la réflexion, elle tend à profiter de tous les événements nouveaux pour se manifester et se développer.

Le terrain est préparé pour permettre chez les prédisposés l'éclosion d'états mélancoliques francs. La mélancolie provient toujours de l'émotion chronique mais elle peut en dériver de deux manières :

1° Elle peut coexister avec l'onirisme terrifiant et être entretenue par lui ;

2° Elle peut résulter du développement de la neurasthénie dépressive.

Le premier type est le moins fréquent. L'observation de C... en est un bel exemple. Il est resté à l'hôpital pendant plus d'un an, s'isolant, ne parlant presque pas, paraissant étranger à ce qui se passait autour de lui. L'inquiétude du regard, l'expression du visage, le tremblement émotif indiquaient seuls des idées délirantes actives. Un camarade de lit le soignait de son mieux. Un jour, ce camarade est renvoyé ; C..., désespéré, essaie de se frapper avec un couteau et consent à parler. Il extériorise un vrai délire mélancolique ; on le garde à l'hôpital comme dans une prison militaire, on va lui couper le cou ou le fusiller, il ne l'entend pas dire, mais il le comprend bien aux gestes. Les nègres qui sont dans la salle sont là pour lui faire du mal. Ses réponses montrent qu'il n'est pas confus ; il raconte en quelques mots ses antécédents d'avant la guerre et son histoire militaire jusqu'à sa commotion ; il sait bien qu'il est dans un hôpital et reconnaît tout le monde. Toutes les nuits il a des rêves épouvantables, il entend « les Prussiens » qui font partir le canon, les sifflements et les explosions des obus, il voit des attaques à la baïonnette, etc. Quand il est réveillé il est très impressionné par ses cauchemars auxquels il croit en grande partie et qu'il mélange avec son délire. Chez lui la mélancolie est diurne et l'onirisme nocturne l'entretient.

Ce sont deux manifestations différentes du même fonds émotif.

Le caporal T... a présenté lui aussi au début un mélange d'onirisme effrayant et de mélancolie.

Immédiatement après sa commotion « il rêvait toutes les nuits, se levait, commandait ses hommes pour

repousser les surprises des Boches ; pendant le jour il n'était pas tranquille, avait peur, était obsédé par l'idée qu'il fallait revenir au front et revoir toutes ces choses ; il lui venait des idées de suicide. » Cet état dure assez longtemps. Revenu au front, le caporal T... est de nouveau évacué pour dépression au bout de quatre jours. A l'hôpital, il fait une tentative de suicide « parce qu'il en a assez d'être toujours malade ». Il devient alors nettement mélancolique par évolution de sa neurasthénie dépressive. Bientôt les idées d'auto-accusation apparaissent : « Je me rappelais les divers incidents de ma vie au front, je trouvais que je n'avais pas fait mon devoir, que j'étais un grand coupable ; être évacué c'est comme si on désertait. Je souffrais beaucoup moralement. » En se reportant à l'observation III, on verra que de nombreuses hallucinations de la vue et de l'ouïe s'associaient à cet état lypémanique.

Chez nos trois autres malades la mélancolie résulte directement de la neurasthénie dépressive sans que l'onirisme paraisse jouer de rôle.

L... (obs. V) reste isolé, inerte, triste, sans parler ; il pleure souvent. Le sentiment de son amoindrissement physique et mental le désespère. Il est perdu, ne guérira jamais. A certains moments il refuse de manger. C'est un simple déprimé mélancolique par trouble de la cénesthésie.

L'adjudant T..., brillant champion d'escrime et soldat intrépide au début de la guerre, présente depuis sa commotion un véritable effondrement de sa volonté et de son intelligence. Il en a conscience et en souffre beaucoup. Le sentiment d'amoindrissement, d'humilité, d'inquiétude vague, s'exprime bientôt intellectuellement par des idées délirantes mélancoliques. Il n'ose pas serrer la main au médecin parce qu'il est mal considéré par les autres malades, il croit qu'on l'a évacué

du front parce qu'on se méfiait de lui et qu'on le prenait pour un espion, on le fait entrer dans des hôpitaux de temps en temps pour le surveiller de plus près. Les crises d'anxiété sont fréquentes.

B... (obs. IV) reste complètement isolé du monde extérieur, méditant sur sa maladie, toujours seul, ne pouvant exprimer son désespoir que par des soupirs et des gestes. Il semble fâché que l'on puisse s'intéresser à un cas aussi incurable que le sien. Il a souvent des périodes d'anxiété avec crises nerveuses. Une nuit, sans aucune raison, il a essayé de se jeter par la fenêtre et a pu être retenu à grand'peine par l'infirmier.

Cet homme a été considéré comme atteint de « mutisme hystérique » par plusieurs médecins. Sans revenir sur les caractères des troubles moteurs dont nous avons parlé plus haut, nous devons remarquer que son état mental est tout différent de celui des pithiatiques des centres neurologiques : paralysés fonctionnels, camptocormiques, etc., qui s'accommodent de leur mal et transigent volontiers avec lui.

En somme, tous nos commotionnés qui sont devenus des mélancoliques ont présenté un syndrome de dépression neurasthénique. C'est une des formes de l'état commotionnel. Elle nous paraît fréquente. Mais dans d'autres cas, la commotion provoque des manifestations cliniques différentes, par exemple, le syndrome commotionnel de Mairet et Durante caractérisé surtout par l'inertie et l'indifférence affective. Les modalités cliniques sont sans doute fonction de la gravité du traumatisme et des prédispositions du sujet.

ALIÉNÉS MILITAIRES

ADMIS A L'ASILE DE LIMOUX EN 1916 ET 1917

Par le Dr C. ROUGÉ

Médecin-chef de l'asile.

Cette série est la deuxième ; elle fait suite à une première série qui comprenait les aliénés militaires admis dans notre asile, du 2 août 1914 au 31 décembre 1915 (voir *Annales médico-psychologiques*, octobre 1916. Influence de la guerre actuelle).

Avant d'aller plus loin, je crois utile de jeter un rapide coup d'œil rétrospectif sur quelques malades de cette première série, le temps qui s'est écoulé depuis cette publication nous permettant quelques remarques supplémentaires.

Ainsi, la maladie mentale du soldat L. Léon, qui fait l'objet de l'observation XX et d'un appendice, page 38, avait débuté par une confusion mentale manifeste et par de l'excitation cérébrale. Presque en même temps, on constatait un état de satisfaction avec un délire des richesses et des grandeurs tout à fait semblable à celui de la paralysie générale. A une période plus avancée, le délire a été moins actif, l'excitation s'est calmée, mais les troubles de la motilité ont fait des progrès sensibles. Bientôt il lui a été impossible de se tenir sur ses jambes, il a été forcé de garder constamment le lit, on a dû le faire manger.

Même arrivé à la période terminale, qui a été de longue durée, puisqu'il n'a succombé, par marasme,

que le 8 août 1917, la dégradation intellectuelle était moindre que chez les vrais paralytiques généraux. Jusqu'aux derniers jours de sa vie, il a été sous l'influence d'un délire onirique, envoyant des dépêches, en recevant, la parole toujours assez nette, assez bien articulée, les pupilles à l'état normal, sans inégalité, se contractant et se dilatant sous l'influence de la lumière ou de l'obscurité.

Cette affection nous paraît devoir être rangée dans la catégorie des fausses ou pseudo-paralysies générales. L'appoint alcoolique a pu jouer un rôle comme cause prédisposante ; mais il nous paraît évident que ce sont les émotions de la bataille, le bruit du canon, l'éclatement des bombes, etc., qui ont été la cause déterminante, la vraie cause de cette affection mentale. L'autopsie n'a pas été faite.

Nous avons vu que, chez ce malade, le symptôme initial de la confusion mentale a été une fugue inconsciente qui pouvait être prise pour une désertion en face de l'ennemi.

Dans les observations de mon premier mémoire, il est question de trois autres cas où la confusion mentale a entraîné une fugue inconsciente (obs. XIV, XV et XVII). J'en connais un cinquième cas, chez le soldat C... (Henri), entré à l'asile en 1916, qui avait quitté le front dans les mêmes conditions. Cette fugue, qui fut aussi le trouble initial, fut prise tout d'abord, à l'hôpital mixte de Commercy, pour un équivalent psychique de l'épilepsie, diagnostic qui, heureusement, ne s'est pas confirmé.

Cette notion des fugues inconscientes devrait être toujours présente à l'esprit des juges des conseils de guerre jugeant un déserteur sur le front, d'autant plus que, dans les cas douteux, ils peuvent avoir recours aux lumières des centres neuro-psychiatriques qui,

paraît-il, ne sont pas éloignés du front. Sous le titre « Une erreur judiciaire », les *Annales médico-psychologiques* d'octobre 1917 rapportent un fait des plus malheureux qui vient à l'appui de ce que je viens d'avancer : « Dans les premiers jours de septembre 1914, le canonier Bourret, du ...^e régiment d'artillerie, alors qu'il était à son poste de combat, subissait une violente commotion cérébrale par suite de l'éclatement d'un obus. Transporté dans une ambulance voisine, il s'en évadait quelques jours après. Arrêté, il fut traduit devant le conseil de guerre pour abandon de poste devant l'ennemi ; il fut jugé sans instruction préalable, sans témoins, uniquement après un interrogatoire qu'il avait refusé de signer ; condamné à mort, il fut exécuté le 7 septembre. Mais peu de temps après, on s'aperçut de l'erreur. Ses chefs, ses camarades attestèrent que Bourret était un brave, mais qu'au moment de l'abandon de son poste, il ne jouissait pas de la plénitude de ses facultés par suite de la commotion cérébrale qu'il avait subie. » La Cour de cassation a cassé et annulé sans renvoi le jugement du conseil de guerre et a déchargé la mémoire de Bourret de la condamnation prononcée. Sans commentaires.

J'arrive maintenant aux aliénés militaires entrés en 1916 et 1917. Comme pour la série de 1914-1915, je les diviserai en deux catégories : la première (militaires n'ayant pas été au feu) comprend dix cas qui ne méritent pas de nous arrêter, car ce sont les formes mentales observées habituellement dans les asiles : manie, mélancolie, folie à double forme, débilité mentale. Mais je m'arrêterai sur les malades de la deuxième catégorie (militaires revenant du feu). Ils sont au nombre de dix-huit, sur lesquels sept confusions mentales dont deux avec stupeur, cinq cas de dépression mélancolique, trois cas de manie à divers degrés. Le

délire polymorphe avec impulsions subites, le délire de persécution à base d'interprétations délirantes et la paralysie générale se partagent les trois autres cas.

Le premier, dans l'ordre chronologique, est le cas de paralysie générale. Il donne lieu à quelques considérations d'ordre médico-légal militaire. Voici l'observation :

M... (Louis), sous-lieutenant au ...^e régiment d'infanterie, né le 11 juin 1870, a été interné, le 15 septembre 1915, à l'asile d'aliénés de Marseille, avec le diagnostic : paralysie générale. Il venait de faire campagne dans le Sud-Oranais. Il est entré à l'asile de Limoux le 5 février 1916 et y est décédé le 14 octobre de la même année. A part l'examen du sang et du liquide céphalo-rachidien qui n'a pas été fait, ce malade présentait, à son entrée, tous les symptômes classiques de la paralysie générale à la deuxième période. Mais de nombreuses attaques épileptiformes ont bientôt précipité la déchéance intellectuelle de ce malade.

A son arrivée, il avait encore assez d'intelligence pour comprendre certaines questions. Il nous affirma très catégoriquement qu'il n'avait jamais eu la syphilis, mais il accusa spontanément quelques excès alcooliques. Il avait longtemps vécu aux colonies — pas de dossier. Nous n'avons aucun renseignement sur l'époque où les premiers symptômes de paralysie générale ont été constatés, ni sur l'époque où il a dû quitter son service.

En décembre 1916, la Société de Neurologie s'est posée la question suivante : dans la paralysie générale, la syphilis existe-t-elle toujours à l'origine ? La Société répondit : oui, à l'unanimité moins deux voix. Aucune autre cause déterminante ne pouvant être invoquée, la réforme n° 2 s'imposait pour tous les cas de paralysie générale, sauf pour les cas exceptionnels d'un traumatisme cérébral.

Cette solution a paru injuste à M. le D^r Pactet (1), d'autant plus que des aliénistes distingués nient que la syphilis soit la cause unique, exclusive de la paralysie générale. Tout en lui accordant une place prépondérante dans le développement de la paralysie générale, 90 et même 95 p. 100, ils admettent l'influence d'autres causes : l'alcoolisme, le surmenage physique et intellectuel, l'insolation, comme causes déterminantes de certaines paralysies générales. D'après Régis (*Précis de psychiatrie*, 5^e éd.), l'insolation serait, chez les soldats anglais dans l'Inde, une cause assez fréquente de paralysie générale.

Or, dans le cas du sous-lieutenant M..., rien n'indique une infection syphilitique. Non seulement il la nie, mais M^{me} M... n'a jamais avorté et les trois enfants qu'elle a mis au monde sont tous nés à terme et sont en bonne santé. D'autre part, le sous-lieutenant M... a longtemps vécu aux colonies. Lorsqu'il a présenté des signes évidents de paralysie générale, il était dans le Sud-Oranais, exposé aux insulations, à du surmenage physique. C'est à ces dernières influences qu'on peut raisonnablement attribuer l'origine de cette affection. J'accorde, néanmoins, que l'alcool a pu être un appoint qui a favorisé son développement.

Si j'étais dans l'obligation de formuler une opinion sur le cas du sous-lieutenant M... avec les seuls éléments d'appréciation que je possède, je conclurais à sa réforme n° 1 avec réduction ; en estimant à 50 ou 60 p. 100 le taux d'invalidation, je crois que je ne m'écarterais guère de la vérité et, qu'en tout cas, je n'apporterais qu'un léger préjudice réel, soit au budget, soit à la famille du malade.

(1) Voir *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, décembre 1917.

Afin de ne pas allonger inutilement cet article, comme, d'ailleurs, les autres malades de cette deuxième catégorie ne présentent rien de bien intéressant, je ne relaterai pas leur observation, ainsi que je l'ai fait dans mon premier mémoire et me contenterai de dire seulement quelques mots sur un des derniers entrés à l'asile, le nommé D... (Pierre), vingt-six ans, soldat au ...^e régiment d'artillerie.

Chez ce militaire, les premiers troubles mentaux sont survenus vers le 15 octobre 1916, deux mois avant son entrée à l'asile de Clermont-Ferrand avec la mention : « Causes présumées, fatigues de guerre. » Dans cet établissement, il a toujours présenté les symptômes de la confusion mentale avec stupeur.

Le 17 novembre suivant, D... (Pierre) est transféré à l'asile de Limoux où, depuis le jour de son entrée jusqu'à sa mort, il n'a cessé de présenter les symptômes de la stupidité avec mutisme absolu et complète inertie. Non seulement il fallait le faire manger, mais, parfois, il gardait les aliments dans la bouche et il fallait lui comprimer les joues pour le forcer à avaler les aliments liquides ou demi-liquides qu'on y avait introduits. Il avertissait par un geste compris par le gardien lorsqu'il en avait assez. Le masque de la stupeur ne l'a jamais quitté, même pendant la visite de sa mère, de ses plus proches parents. Constipation combattue efficacement par des laxatifs ; il ne gardait pas les lavements. Il a toujours présenté de la fréquence dans le nombre de pulsations (100 p.), de la respiration (30 resp.), et sa température s'est toujours tenue entre 36 et 37° ; dans les trois derniers jours de sa vie, seulement, elle est montée à 39°, à 39°5. L'auscultation, faite très attentivement, n'a jamais révélé l'existence d'une affection du cœur ou des poumons. Il s'est éteint, le 27 février 1918, sans avoir présenté la moindre lésion

interne appréciable et en se nourrissant de la même façon jusqu'au dernier jour.

Il y a lieu de croire qu'après cette guerre, on cherchera à se rendre compte, comme après la guerre de 1870-71, des troubles psychiques qui ont atteint notre armée, qu'on produira des statistiques sur le nombre des cas d'aliénation mentale, sur leurs diverses formes, sur les résultats obtenus, etc., etc. Mais ce ne sera, certainement, qu'assez longtemps après la fin de la guerre — quelle qu'en soit la durée — qu'on aura pu rassembler les matériaux épars d'une bonne statistique générale.

La plupart des malades auront passé par les centres psychiatriques ou neno-psychiatriques peu éloignés des lignes, population flottante très nombreuse, ainsi que nous l'apprend M. le D^r Demaye (1), 638 malades entrés dans son service de psychiatrie, de mai à décembre 1916, comprenant des militaires atteints de diverses psycho-névroses, des paralytiques généraux, des délirants fébriles et aussi, sans doute, quelques simulateurs. Beaucoup sont bientôt renvoyés à leur corps, d'autres nécessitent une plus longue observation, un mois environ; les autres, plus graves, les véritables aliénés, sont évacués à l'intérieur.

Presque tous ceux qui nous sont venus étaient passés par les asiles d'aliénés limitrophes de la zone des armées et même dans des asiles plus éloignés. Par suite de son éloignement, l'asile de Limoux n'a guère reçu que les militaires originaires de l'Ande, des Pyrénées-Orientales et les militaires des régiments dont le dépôt est à Perpignan, à Narbonne, à Carcassonne. L'asile de Limoux est leur dernière étape, ils n'en sortiront que

(1) D^r Henri Demaye. *Annales médico-psychologiques*, janvier 1918.

par guérison ou par décès, exceptionnellement par transfert. Dans ce dernier cas, ils ne devraient pas être comptés, à mon avis, dans la statistique générale, comme venant de notre asile. Aussi, je crois bien que ce n'est que par les asiles d'aliénés qu'on pourra faire de bonnes statistiques sur les vrais mutilés psychiques de la guerre.

Mais, si j'en juge par ce qui se passe dans notre asile, la formation de cette grande statistique présentera beaucoup de difficultés pour être exacte, c'est-à-dire utile. Le plus grand nombre de ces malades nous sont arrivés sans dossier, sans certificat d'origine, sans le moindre renseignement sur l'époque du début de leur affection mentale, sur ses premiers symptômes. Nous n'avons, presque toujours, que les certificats médicaux relatant les symptômes présentés dans les derniers asiles où ils ont passé avant d'être dirigés sur l'asile de Limoux.

Ainsi, ce n'est qu'après une longue attente et des démarches personnelles que je suis parvenu à distinguer les militaires venant du front de ceux de l'arrière.

Ce sont toutes ces considérations qui m'ont engagé à produire la statistique suivante malgré ses proportions infimes, ce qui ne doit pas étonner car, à part les entrants en 1914, nous n'avons reçu, généralement, que les chroniques et les incurables, les autres ayant été guéris avant de nous arriver. Cette statistique n'est que provisoire, mais elle peut donner un aperçu de ce que sera la statistique définitive de notre asile.

Dans cette statistique, je comprends une première série, celle des admissions du 2 août 1914 au 31 décembre 1915 (voir mon premier mémoire) et une seconde série, celle des admissions de 1916 et 1917.

Comme dans mon mémoire d'octobre 1916, je divise tous ces aliénés en deux catégories :

Première catégorie. — Aliénés n'ayant pas été au feu :

1° Entrés du 2 août 1914 au 31 décembre 1915. Neuf admissions au lieu de dix, car l'un d'eux, venant de faire campagne au Maroc, doit passer dans la deuxième catégorie. J'ai déjà dit (pages 17 et 18 de mon premier mémoire) que c'est l'émotion, le trouble causé par le changement subit de situation, qui avait causé la folie de ces neuf mobilisés ; huit étaient sortis guéris à la fin de l'année 1915, le neuvième, bien amélioré, se trouve encore dans l'asile. Presque tous étaient des prédisposés. L'état de guerre n'avait eu d'autre effet que de déclancher la folie qui était en germe.

2° En 1916, cinq admissions seulement, sur lesquelles une sortie par guérison, deux décès et deux encore présents à l'asile.

3° En 1917, encore cinq admissions : deux sorties par guérison, une sortie à essai, deux présents à l'asile.

Deuxième catégorie. — Aliénés militaires revenant du front.

1° En 1914-1915 (voir premier mémoire), dix admissions sur lesquelles : quatre sorties, un transfert, un décès, quatre encore à l'asile.

2° En 1916, neuf admissions : deux sorties, deux décès, cinq présents.

3° En 1917, neuf admissions : trois sorties, un transfert, un décès, quatre présents à l'asile.

Récapitulation :

Nombre d'admissions :	1 ^{re} catégorie . . .	19
—	2 ^e catégorie . . .	28
	Total	47

En admettant le principe émis plus haut, ce chiffre de 47 se réduit à 45 par l'élimination des deux transférés. L'un d'eux, originaire des Basses-Pyrénées, est le soldat D... (Pierre), qui est l'objet de l'observation XVII

de mon mémoire de 1916. Quoique ce malade ne fût pas même amélioré, j'ai cru devoir donner un avis favorable à son transfèrement à l'asile de Pau où sa mère, qui est veuve et pauvre, pourra le voir plus facilement.

L'autre est un jeune soldat, vingt et un ans, entré à notre asile le 4 juin 1917. Il venait de l'établissement psychothérapique du Loiret où il se trouvait depuis le 11 mars 1917 après être passé par le centre de neuro-psychiatrie de la V^e armée. Là, il avait manifesté un délire de persécution à base d'interprétation délirante, des idées de culpabilité, de l'auto-accusation, de l'agitation, des craintes d'empoisonnement, etc., etc. Le certificat médical de transfert constatait que ce malade était en voie d'amélioration. Il est probable que notre confrère avait cédé aux sollicitations des parents demandant le rapprochement de leur fils.

Dès le premier jour de son arrivée, celui-ci nous avone que, pendant son séjour à l'ambulance, il avait été complètement désorienté; il croit bien avoir accusé à tort certaines personnes, notamment le médecin, d'avoir voulu le persécuter. Deux jours après, il nous parut avoir recouvré l'usage de ses facultés mentales. Les jours suivants, le calme et la lucidité persistent. Retour des sentiments affectifs. Il cherche à s'occuper.

Ce militaire, ex-étudiant, appartient à une honorable famille habitant une ville du Midi où personne n'ignore la destination de notre asile qui ne reçoit que des aliénés. Elle fut bien déçue en apprenant que le malade avait été placé à l'asile de Limoux, car cette mesure pouvait porter un préjudice à son avenir et elle fit de nouvelles démarches pour le faire placer ailleurs.

Il me sembla, à moi aussi, que la place de ce jeune homme n'était pas dans un asile d'aliénés, car sa maladie mentale était une psychose par choc émotif dont la guérison est à peu près certaine dans un temps rela-

tivement court. « Dans ces cas, dit le professeur Régis (1), c'est, à mon sens, une sérieuse erreur et surtout une fâcheuse pratique susceptible de porter grand tort à la fois à ces malades et à l'armée, que de les considérer indistinctement comme des aliénés et de les interner tous, ainsi que cela a pu se faire, sans observation et sans triage préalable, dans un asile d'aliénés. »

Après quelques jours d'observation pendant lesquels la guérison n'a fait que s'accroître, m'autorisant de l'opinion de M. Régis, j'ai adressé au directeur du Service de Santé de la XVI^e région, en réponse à sa demande, un avis favorable au transfèrement de ce malade, qui a été accordé.

A ajouter à cette statistique une 48^e admission, celle du n^o C. Jean Ferréol, du 24^e régiment colonial, réformé n^o 2. Ce militaire, entré à l'asile le 30 décembre 1915, a été oublié parce que, jusqu'à ces derniers jours, aucun membre de sa famille, qui habite les Pyrénées-Orientales, n'avait demandé de ses nouvelles. Il est venu de l'asile de Poitiers. Le certificat de transfert (la seule pièce que nous possédons) porte la mention : « Etat mental caractérisé par de la confusion mentale, des hallucinations sensorielles et, de temps à autre, par de l'agitation. » Aucun autre renseignement, pas de dossier. M. Le D^r Lagrange, médecin-directeur de l'asile de Poitiers, a bien voulu, sur ma demande, me faire savoir que C. Jean Ferréol était entré à l'asile public de Poitiers, le 15 mai 1915, venant de l'hospice civil de Montmorillon (Vienne); il ne sait rien sur l'origine et les débuts de sa maladie mentale, s'il a été au front, s'il a été blessé, etc.

L'état mental de ce malade n'a fait aucun progrès

(1) *La Presse médicale* du 27 mai 1915.

depuis son admission. Il est toujours dans un état confusionnel, généralement calme, mais sujet à des impulsions subites et violentes, complètement indifférent à sa situation actuelle, au souvenir des siens; en le poussant un peu sur ce sujet il nous répond « qu'il correspond avec sa famille par le téléphone ». Il est presque continuellement immobile, la tête inclinée vers le sol et paraissant causer avec des êtres imaginaires. Il m'est impossible de savoir si dans ma statistique, je dois le mettre dans la 1^{re} ou dans la 2^e catégorie des militaires entrés en 1915.

J'ai cru devoir faire suivre ce lambeau d'observation de quelques réflexions :

Dans chacune des formations sanitaires où ils sont passés avant de nous arriver, ces aliénés militaires doivent avoir été l'objet d'observations souvent intéressantes. Mais il me paraît évident que ce sont les médecins des asiles qui sont leur dernière étape, qui sont tout désignés pour faire leur observation complète et fournir les éléments d'un travail d'ensemble et d'une bonne statistique générale puisque, seuls, ils connaissent le mode de terminaison de la maladie, par guérison ou par incurabilité. Cette étude et cette statistique seraient, à notre avis, autrement intéressantes que celle de Lunier si l'on considère la durée de la guerre et l'emploi d'engins de guerre bien faits pour troubler la raison des soldats dont l'âme n'est pas d'une forte trempe ou qui sont des prédisposés.

Malheureusement, je crois l'avoir déjà dit, tous ces militaires — à part de très rares exceptions — nous sont arrivés sans dossier, sans le moindre renseignement, soit sur l'origine de leur maladie mentale (blessure, commotion, mauvaises conditions hygiéniques, maladies), soit sur les diverses phases de leur affection mentale.

J'estime que la statistique de ces mutilés psychiques de la guerre est aussi intéressante que celle des autres mutilés. Mais il est à craindre qu'elle ne soit bien difficile à établir si, comme c'est à croire, les autres asiles ne sont pas mieux renseignés que celui de Limoux. Quelles difficultés ne doit-on pas, en effet, s'attendre à rencontrer pour rassembler et souder ensemble tous les morceaux épars de ce corps bien constitué que doit être une bonne observation, une observation complète et, par suite, une bonne statistique!

RÉACTIONS DE FATIGUE CHEZ LES PRÉDISPOSÉS ÉTATS PARANOÏDES

PAR LES DOCTEURS

Raymond MALLET et **Paul MEUNIER**

Médecin-chef

Médecin adjoint

du Centre psychiatrique de la VI^e région.

On n'a décrit jusqu'à ce jour, en pathologie mentale, aucune entité nouvelle développée sous l'influence de la guerre.

Celle-ci a multiplié les accidents mentaux, plus spécialement certains syndromes consécutifs à l'éclatement de projectiles et certains états dépressifs observés sur la ligne de feu (1).

A côté de ces deux formes nettement délimitées, on observe une série de troubles psychiques plus ou moins banaux pour lesquels la guerre joue le rôle d'une cause

(1) Voir le chapitre « les états commotionnels » dans *Troubles mentaux de guerre*, par J. Lépine. Masson, 1917, et la bibliographie annexée. — A. Gilles. Etude sur certains cas de neurasthénie et à leur propos sur certains états psychologiques observés sur la ligne de feu. *Annales médico-psychologiques*, avril et juillet 1916. — L. Huot et P. Voivenel. *Le courage*. Alcan 1917, p. 346. Nous disons « états dépressifs » et non « neurasthéniques », parce qu'il s'agit là d'« états plutôt psychiques que neuro-organiques » dont on peut rapprocher certains états anxieux accidentels et indépendants de la constitution anxieuse isolée par Devaux et Logre. — Devaux et Logre. *Les anxieux*. Masson, 1917. — R. Mallet. États anxieux. Réunion médicale de la IV^e armée, juin 1916, *Presse médicale*, 7 août 1916, et avec R. Mercier. Réunion médicale de la VI^e région, octobre 1917.

occasionnelle et qui portent le plus souvent d'une façon très évidente la marque de leur origine. A vrai dire, il serait étonnant qu'il en fût autrement. Il y a beau temps que l'influence des passions, des catastrophes, des fatigues et du surmenage a été reconnue comme une cause importante du déclenchement des accidents mentaux chez les individus plus ou moins prédisposés. Or, la guerre agit comme toutes ces causes réunies et l'intensité de son action ne le cède à aucune autre.

On peut donc admettre que nombre de prédisposés, même faiblement tarés et qui n'eussent jamais fait d'accidents mentaux s'ils étaient restés confinés au train train de la vie civile, dès qu'ils sont soumis à la vie du combattant avec ses émotions sraiguës combinées à l'exténueement chronique, sont amenés le plus logiquement du monde à faire des accidents mentaux dans le sens de leur prédisposition.

C'est en effet ce que démontre l'observation. Mais à côté des formes classiques de psychoses qui se développent normalement sous l'influence occasionnelle de la vie de guerre, il semble qu'il faille reconnaître l'existence de psychoses frustes, plus ou moins développées comme symptômes, plus ou moins graves comme durée, et qui ne seraient autre chose que l'expression de la fatigue momentanée chez un individu présentant des tares mentales plus ou moins accentuées.

Il y a quelques mois, notre attention était attirée par certains malades qu'il nous était impossible de faire entrer dans une catégorie nettement définie et chez lesquels nous constatons, à côté de réactions de fatigue marquées, un état mental particulier : « On notait de la torpeur intellectuelle sans confusion, faisant contraste avec l'agitation motrice désordonnée du malade qui se plaignait d'avoir les *yeux voilés*, pour qui *tout semblait sortir de la réalité*, mais qui ne présentait aucun trouble

déliquant ou hallucinatoire » (1) : et nous concluons que ce syndrome passager pouvait bien représenter le début du processus qui, dans d'autres cas, aboutissait à un délire plus ou moins systématisé. Aujourd'hui, nous avons plusieurs exemples de l'évolution de ce processus vers une forme de délire dont les caractères et l'évolution justifient, nous semble-t-il, l'étiquette *d'épisode paranoïde* ; nous en détachons l'observation suivante.

Ha... (Jean), âgé de vingt-cinq ans, caporal au ...^e régiment d'infanterie, arrive à l'hôpital le 30 octobre 1917, venant directement des tranchées. Voici le rapport que nous avons reçu de son médecin de bataillon. « Le caporal Ha... est arrivé en renfort le 20 juin 1917. Le 15 juillet, durant les combats que soutient le régiment à, le caporal Ha... est commotionné par l'éclatement d'un obus ennemi tombé à proximité. Il est envoyé au train de combat du régiment pour quatre jours et rejoint sa compagnie vers le 20 juillet. De l'avis de son chef de section, rien d'intéressant n'est à relever dans la façon de vivre, dans la manière de servir, dans les conversations de ce caporal. » Quelques jours après, Ha... part en permission et là se manifestent les premiers accidents dont le récit nous est fait par le malade lui-même. Très sobre en temps ordinaire, parce qu'il s'est depuis longtemps aperçu que le vin ne lui valait rien et que du reste il n'aime pas boire, il se trouve entraîné à quelques libations sans importance mais qui suffisent à déclancher des accidents. C'est le 28 juillet au soir, vers 20 heures ; il rentre chez lui accompagné de son frère. Brusquement, il frappe deux artilleurs qui passaient paisiblement dans la rue. Ha... reconnaît par la suite que ces deux hommes ne lui avaient rien dit, mais il s'est imaginé alors qu'ils adressaient des propos désagréables à son frère. « Je croyais, dit-il, avoir entendu qu'ils voulaient faire du mal à mon frère. » Puis il rentre chez lui et frappe sa femme sans trop se rendre compte pourquoi, « pour passer sa colère », explique-t-il.

Le soir même, il a une discussion orageuse avec des voisins qu'il croyait avoir dit du mal de lui.

(1) R. Mallet. Etats de fatigue. Réunion médicale de la IV^e armée, février 1917. *Presse médicale*, 4 juin 1917.

Bref, Ha... est parfaitement insociable; cet épisode semble avoir duré une soirée, pas davantage. Nous n'avons de renseignements que ceux fournis par le malade, mais la critique que nous avons faite de son témoignage nous permet d'ajouter foi à leur authenticité.

Il rentre donc à son corps et reprend son service comme caporal, sans qu'il y ait rien à signaler sur son compte jusqu'au 26 ou 28 octobre.

Il faut noter ici que Ha... a toujours été un garçon sérieux, très consciencieux, et ne méritant que des éloges de tous ceux qui ont été ses supérieurs dans la vie civile aussi bien que dans la vie militaire.

Nous arrivons donc aux 26-28 octobre. Depuis deux mois et demi environ, le secteur était, paraît-il, très agité, et les petits postes exigeaient une surveillance de tous les instants. Quelques jours auparavant, les Boches avaient enlevé, par surprise, cinq ou six hommes de la section et cet incident avait vivement touché l'amour-propre du caporal Ha... Il déclare que, depuis cet incident, il ne pouvait plus dormir : son attention surexcitée était toujours sur le qui-vive.

« Le 28 octobre, dans la journée, déclare le médecin du bataillon, Ha... demande à son sergent pourquoi on avait placé « là », dans le boyau conduisant à un P. C. (poste de commandement), la pancarte indicatrice qui s'y trouvait depuis longtemps déjà et montrant des grenades : « Ce sont des grenades en bois », dit-il; plaque indicatrice et grenades en bois étaient les moyens dont on s'était servi pour « lui faire une farce ». Le soir, Ha..., de garde, arrête son capitaine qui faisait une ronde et, malgré son insistance, ne veut pas le laisser passer. « Je vous reconnais bien, mon capitaine, mais vous ne passerez pas. » Durant la nuit, Ha... manifeste aux hommes du petit poste son étonnement et sa mauvaise humeur au sujet de la pose de fils de fer qui était effectuée devant le secteur de la compagnie. Vision constante de Boches attaquant la tranchée. Manœuvre du klakson aux premières lueurs du jour dans le but d'alerter les hommes et lui-même de parcourir les tranchées en criant : « Voilà les gaz. » Le 30, évacuation. Ha... a raconté par la suite que dès cette période de début, parallèlement aux troubles psychiques et à l'insomnie étaient apparus d'autres troubles somatiques : anorexie presque complète, avec mauvaise haleine incommodant l'entourage et céphalée bifrontale « comme si on me serrait les tempes dans un étau ».

A son arrivée dans le service, Ha... est assez agité, il se défend d'être malade, s'informe de ce qu'on veut faire de lui, refuse de se coucher dans un lit « si blanc » ; il veut retourner auprès de ses camarades « pour éclaircir tout ça » ; il est bien orienté, sait d'où il vient, et explique : « Depuis deux ou trois jours, je veillais mes camarades autant que l'ennemi ; pendant que j'étais dans la sape, on avait changé tout le secteur ; on avait rempli le boyau de pancartes, on avait déplacé les réseaux de fil de fer. — Qui ? — Mes camarades. — Dans quel but ? — Je le cherche toujours sans pouvoir arriver à le comprendre ; mais ça devait être pour moi ; quand les camarades étaient autour de moi, je les entendais murmurer. »

Les jours suivants, Ha... précise certains détails : « Il y avait deux ou trois jours que ça ne marchait plus comme autrefois : les hommes se fichaient de moi, ils causaient de moi. — Vous désignaient-ils par votre nom ? — Jamais, mais je comprenais que c'était pour moi. — Que disaient-ils ? — Un soir, dans la sape, je trouvais tout drôle, je leur ai dit, et ils ont répondu : « Si tu as encore quelques heures à dormir, profites-en et fiche-nous la paix ». — Ce qui signifiait ? — Qu'ils voulaient me faire disparaître. — L'ont-ils dit ? — Non, mais pourquoi ont-ils dit aussi : « Il ne boira plus la goutte demain matin. » Le fait est qu'il ne voulait voir personne, hormis un seul de ses camarades, X..., en qui il avait confiance.

Dans le service, Ha... n'a pas enrichi son délire, en dehors de quelques interprétations au début. C'est ainsi qu'il nous a avoué au bout de quelques jours : « Quand je suis arrivé, je croyais voir des camarades de mon régiment couchés autour de moi, mais le lendemain je ne les ai plus reconnus ; j'ai cru que vous étiez un juge d'instruction déguisé en médecin. — Pourquoi ? — Je n'avais pas confiance. Dans un hôpital, les médecins font des pansements, ici rien ; et puis vous m'interrogez toujours. »

Pendant quelque temps, l'état du malade ne s'est guère modifié. A chaque visite, il s'informait de la raison de son maintien à l'hôpital ; indifférent à tout ce qui l'entourait, à sa famille à laquelle il n'écrivait pas, il répondait à nos questions sur ce point : « Je ne pense plus à ma famille, à rien d'autre qu'à ce qui s'est passé sur le front. Il faut éclaircir et au plus vite. Je n'avais rien à me reprocher, mais ils avaient l'intention de me faire du mal. » Il se demandait pourquoi on lui en voulait, mais n'arrivait jamais à le comprendre. Parfois, dit-il inci-

demment et sans y insister, je croyais que j'avais tué quelqu'un et que pour cela ils voulaient me tuer aussi.

Le 25 novembre, Ha... se montre plus confiant; son attitude, toujours correcte, mais un peu saccadée, est plus souple; il cause avec ses voisins de lit et il nous raconte : « Au début je me sentais bouillant et maintenant je me sens faible. Je me prends pour une bête, je n'ai plus de goût à rien. Je voudrais combattre à ne plus penser là-bas, mais je n'y arrive pas. Ça me serre dans la tête. Personne ne me dit rien, tout le monde me laisse tranquille, et pourtant j'ai du tracass. Je n'étais pas comme ça; jamais je ne me suis senti fatigué comme ça. Mais depuis que les Boches nous avaient barboté deux caporaux et quatre hommes à côté du petit poste où j'étais, je ne dormais plus, j'avais peur qu'ils viennent, toujours je veillais. »

Au début de décembre l'amélioration s'accroît. « Depuis que vous m'avez dit que c'était pas vrai, je me suis aperçu que toutes mes idées n'étaient pas réelles. » Le 10 décembre, Ha... écrit pour la première fois à sa femme : « Je t'envoie deux mots pour te donner de mes nouvelles qui sont assez bonnes. Il ne faut pas te désespérer, ça va mieux et prends courage. Dans quelques jours je serai rétabli. Ton homme qui t'embrasse. » Son frère aîné vient le voir, Ha... s'informe de la santé de ses enfants.

Voici les renseignements fournis par le frère aîné du malade qui concordent avec ce que nous avait dit celui-ci. Parents encore vivants, mais le père se livre à des excès de boisson et un oncle paternel serait mort interné dans un asile. Ha... est le deuxième de quatre enfants bien portants. Pas de maladie antérieurement à son incorporation. C'est un garçon intelligent, de caractère vif, un peu fier, qui a à peine fréquenté l'école, exerçait le métier de cimentier, sobre, bien noté, contremaître dans une usine. Il est marié, père de deux enfants, et la mobilisation l'a trouvé finissant sa deuxième année de service militaire. Il a été blessé une première fois en septembre 1914, blessure de la cuisse avec fracture, une deuxième fois en mai 1915 au mollet par balle; nous avons vu qu'il avait été commotionné peu de temps avant le début des accidents actuels.

L'examen organique n'a montré aucune localisation précise; pendant quelques jours Ha... a eu un peu de fièvre, la température se maintenant vers 38°; pas de signes pulmonaires; la langue était sale; il y avait inappétence, constipation.

Analyse d'urine.

Densité	1.012
Volume des 24 heures	1.100 c. c.
Albumine	Néant.
Sucre	Néant.
Pigments biliaires	Néant.
Indican	Excès.

	Gr. p. lit.	Par 24 h.
Urée.	12,5	13,75
Chlorure.	7,839	8,622
Acide urique.	0,504	0,554
Phosphates	1,20	1,32

Rapport :

$$\frac{\text{Acide urique}}{\text{Urée}} = \frac{1,6}{40} \quad \frac{\text{P}^{0.05}}{\text{Urée}} = \frac{0,96}{10} \quad \frac{\text{Chlorure}}{\text{Urée}} = \frac{62}{100}$$

La teneur du sang en urée était de 0,80 p. 100. Pression artérielle (app. Vaquez-Laubry) : 16-10. Rien du côté du système nerveux, en particulier pas de signes d'intoxication éthylique. Pas de stigmates physiques de dégénérescence marqués, en dehors de malformations dentaires. Le malade se plaignait surtout de grande lassitude, d'insomnie.

Après une période stationnaire d'assez longue durée pendant laquelle le malade restait étranger à ce qui se passait autour de lui, « ses idées étant toujours là-bas », comme il disait, un changement subit et complet est survenu, et Ha... a pu être considéré depuis le début de janvier comme sorti de l'accès délirant qui l'avait amené à l'hôpital.

Il nous a alors expliqué ce qu'il éprouvait antérieurement. Le 23 décembre, il nous dit : « Il y a des moments où je me distrais avec mes camarades, mais il y en a d'autres que je repense à là-bas : qu'est-ce qu'ils font, qu'est-ce qu'ils deviennent ? Pourquoi ce qui se passait envers moi ? Peut-être pour m'éprouver. » Au début de janvier, il raconte : « Je vois que j'ai été réellement malade. Depuis quelque temps, je me sentais fatigué, je ne mangeais plus, je ne buvais pas, je ne dormais plus, même au cantonnement. Je perdais mes petites affaires et après je mettais la main dessus sans m'en apercevoir ; quand

j'étais en ligne, je fixais tellement que l'eau me venait dans les yeux, je voyais trouble, brouillassé, et quand je fixais un objet, il bougeait; je voyais les piquets qui marchaient, je croyais que c'étaient des Boches et je voulais lancer des grenades, mais mes camarades m'en empêchaient. Aujourd'hui quand j'entends le son ce n'est plus le même; avant, le moindre bruit, j'étais sur le qui-vive, je prêtais mon attention à tout, j'entendais tout, un rien; je ne pouvais plus supporter l'éclatement des obus; dans l'hôpital, quand on ouvrait la porte, je sautais; j'étais gêné quand on remuait un journal; depuis quelque temps j'étais plus sensible des oreilles. »

Vers le 15 janvier, Ha... présente brusquement une rechute, à l'occasion d'une contrariété : il vient d'apprendre la maladie de son frère. Pendant huit jours, insomnie, agitation, tremblement. Face vultueuse. Attitude agressive de persécuté réticent. Se refuse à toute explication suivant la formule habituelle : « Je n'ai rien à vous dire. » Au bout de huit jours, les accidents disparaissent.

Du 16 au 24 février, nouvelle période d'agitation analogue. Celle-ci a été provoquée par une lettre où on lui annonçait un accident survenu à sa petite fille. Il reste seul presque toute la journée. Marche et gesticule avec des gestes dramatiques. Il chante des passages de journaux. En l'interrogeant avec une extrême politesse, on apprend qu'il sait très bien qu'on le fait passer pour un espion.

D'ailleurs, « c'est l'hôtel du libre-échange ici ». La face est vultueuse, le tremblement accentué. Il ne parle qu'avec un ton guindé, répétant à chaque mot : « Oui, M. le D^r Mallet! Bien, M. le D^r Mallet! » On sent très nettement que les injures ne sont pas loin. Mais elles ne percent pas.

Le 24 février, il va mieux sensiblement. Le tremblement a presque disparu. La face n'est plus vultueuse; au lieu de l'insolent énergumène d'il y a quelques jours, nous avons devant nous un garçon correct, gentil, intelligent. Il se rend compte qu'il vient d'être malade pendant une huitaine. Il n'a pas dormi pendant tout ce temps. Il a la sensation d'avoir eu une activité mentale incessante. Je pensais tout le temps, mais je ne pensais *qu'à ça*, pas à autre chose. Il me semblait que tout le monde parlait de moi, je croyais toujours être mêlé aux conversations. Quand je suis ainsi, je suis hargneux, méchant. Je m'imagine qu'on veut me faire du mal, surtout les officiers pour me ficher en prison; *j'ai la sensation indéterminée qu'on*

veut me faire du mal, et, à ce moment-là, je ne peux admettre que je sois malade. Par moment aussi, je crois que c'est *qu'on m'a poussé à faire des bêtises* que j'ai faites sous l'influence de la maladie.

Mais ce que Ha..., revenu à son bon sens, remarque plus particulièrement dans son état morbide, c'est qu'alors il avait la sensation *que tout était faux*. Faux les articles de journaux et les nouvelles sensationnelles, fausses les lettres de sa femme, faux tout ce qui a l'air de se passer autour de lui. « Je ne pouvais, dit-il, arriver à comprendre pourquoi on faisait tant de choses fausses. J'étais perdu dans ces affaires-là. » D'ailleurs, il remarque très bien lui-même que, dans cet état, il était absolument incapable de fixer son attention. Essayait-il de lire un article, la ligne précédente était oubliée à mesure que lue.

On voit que ces crises successives représentent des stades très peu différents, mais différents où les accidents délirants sont esquissés plutôt que marqués, où le délire est plus virtuel que réel.

Ce qui fait surtout l'intérêt de cette observation et d'autres analogues, à quelques variantes près, c'est le rôle qu'on y voit rempli par des facteurs d'ordre organique et sensoriel dans la genèse d'accidents apparentés à la paranoïa aiguë. Il s'agit, en général, de soldats qui ont fait un séjour prolongé sur le front, ont déjà été blessés ou commotionnés, qui cependant n'ont encore présenté aucun trouble mental, mais dont on ne peut nier le terrain psychopathique. Celui-ci se traduit soit par des tares héréditaires comme chez H..., soit par des anomalies de développement comme chez le malade G... dont nous parlerons tout à l'heure, soit, d'une manière plus discrète, par quelques écarts de caractère ou de jugement que seule révèle l'enquête. Il semble que les malades indemnes de toute prédisposition ne dépassent pas le stade auquel nous avons donné le nom d'*état de fatigue*.

Le syndrome organique n'offre rien de caractéristique ; ce sont les signes classiques de l'auto-intoxica-

tion avec des réactions de fatigue particulièrement marquées : le malade se plaint surtout d'une grande lassitude, de céphalée, de courbature, il a besoin de sommeil et ne peut dormir, il ne sait quelle position prendre dans son lit ; debout, il ne peut rester en place, va et vient dans la salle, mais il ne se livre à aucun geste répréhensible : « Il faut que je marche, je n'ai pas de bonne position, » explique le malade G... ; la céphalée n'est pas aussi constante que dans les cas de délire hallucinatoire.

Du côté sensoriel on note une sorte d'éréthisme portant à la fois sur les sphères auditive et visuelle ; il semble que ce soit là une réaction de fatigue, que les malades traduisent dans un langage assez imagé et susceptible d'être le point de départ de phénomènes illusionnels plutôt que d'hallucinations. Ce n'est pas de l'hyperesthésie, c'est de l'hyperirritabilité, analogue à celle que l'on rencontre couramment dans les accès de migraine.

Comme H..., le malade G... présentait de l'hyperirritabilité auditive : « Je ne pouvais plus supporter les bruits, ça me perçait les oreilles... les bruits me donnaient sur les nerfs. » Mêmes troubles visuels allant jusqu'à l'illusion : « Les avions me paraissaient comme des bêtes, dit G... ; un soir que je montais la garde, je croyais que les gens qui passaient sautaient comme sur un manège de bois ; je ne les voyais pas naturellement, mais comme au cinéma. » Hnot et Voivenel ont noté chez le combattant cette hyperirritabilité sensorielle qui, se développant à mesure que le « rôle correcteur du cerveau psychique est diminué par le sommeil relatif, l'intoxication ou l'infection », aboutit à l'illusion, quelquefois à l'hallucination. Il est semblable à H..., leur jeune soldat qui, « par un soir glacial où les réseaux de fil de fer crient sous la morsure

du froid, alerte tout un bataillon, croyant que l'ennemi coupe les réseaux (1).

En même temps que cet érétisme sensoriel, sévit la torpeur intellectuelle, que nous avons constatée directement chez H... et qui empêche le sujet d'avoir des *aperceptions* normales; dans ces conditions, on comprend que les malades arrivent progressivement à cette *impression d'étrangeté* qui constitue la charpente de leur syndrome mental; H... trouvait qu'on avait « bouleversé les tranchées »; un autre malade monte sur le parapet parce que « les tranchées étaient bizarres, pas comme les autres »; arrivé à l'hôpital il trouve la salle « immense », le médecin et les infirmiers « drôles », « c'est le monde renversé », répond-il aux premières questions qu'on lui pose; G... explique après guérison : « La vie ne me semblait plus la même; je croyais le monde changé; aujourd'hui tout me semble plus naturel. »

Sentiment d'étrangeté qu'il ne faut pas confondre avec le *sentiment d'insécurité* qu'on trouve à la base de certains états anxieux; à dire vrai, il y a certains points de ressemblance; H..., dans un moment lucide, nous a avoué qu'à ses moments de crise, *il a la sensation indéterminée qu'on veut lui faire du mal*; mais la réaction qui s'ensuit est exactement inverse de celle de l'anxieux; celui-ci est un craintif à délire pantophobique qui évolue par paroxysmes au cours desquels apparaissent des hallucinations épisodiques, au lieu que les autres font un délire de persécution à base d'interprétations et d'illusions sensorielles. L'anxieux se trouve « drôle »; le paranoïaque trouve tout « drôle » autour de lui; le premier éprouve *surtout* un malaise moral, avec appoint cénesthésique, le second un malaise phy-

(1) Huot et Voivenel. *Le courage*, p. 135 et 136.

sique avec troubles de l'aperception ; chez l'un l'élément affectif domine, l'autre est plutôt délirant.

Ce délire est d'ailleurs assez terne : le malade cherche l'explication de ce qui lui paraît étrange ; il se méfie, il est sur ses gardes, et, quand ses camarades parlent entre eux, c'est à son sujet et avec de mauvaises intentions ; « je veillais mes camarades autant que l'ennemi », raconte H... « Ça me paraissait comme une comédie », dit G... de l'attitude de son entourage ; « pourquoi ? » lui demandons-nous. « On se f... de moi, par moquerie. » Idées délirantes à teinte de persécution sans aucun relief, sans systématisation, avec des troubles du caractère, irritabilité, tendances vaniteuses et une réticence qui ne désarme que difficilement. La torpeur intellectuelle explique en partie la pauvreté du délire. Torpeur qui ne va pas jusqu'à la confusion ; le malade est bien orienté, quoique ayant une conscience imparfaite de sa situation ; ses souvenirs sont assez précis, mais il est incapable d'un travail intellectuel un peu soutenu. Ce qui lui reste d'activité psychique semble s'être polarisé autour des faits qui le préoccupent, au point d'annihiler tout sentiment ou idée d'un autre ordre : par exemple, il n'écrit plus à ses parents, dont il ne lit même pas les lettres. Et par un stade qui rappelle ainsi celui de l'idée fixe post-onirique, le malade arrive à la période où il fait l'autocritique de son délire.

Cette évolution dure un temps variable, quelques jours ou quelques semaines, justifiant un pronostic immédiat favorable, mais laissant des inquiétudes pour l'avenir, à cause de l'élément prédisposition qui nous échappe. Nous avons vu qu'on a affaire en général à des prédisposés, déjà shockés antérieurement, et chez lesquels de tels accidents ne peuvent jouer qu'un rôle anaphylactisant. Ces accidents nous semblent plus rebelles que les *états anxieux*, dont nous les avons dif-

férenciés, et même que certains *états d'automatisme psychique* qu'on voit à côté d'eux (1), les uns et les autres n'apparaissant que comme des modalités différentes des *réactions de fatigue* que nous envisageons.

(1) Fugue et délire. *Ann. méd.-psych.*, juillet 1917.

Médecine légale

RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

SUR

L'ÉTAT MENTAL DE K..... F...

PRÉVENU D'ASSASSINAT

(DEUXIÈME EXPERTISE)

Par les D^{rs} Max EGGER, François NAVILLE
et Paul-Louis LADAME

Suite et fin (1).

B. — *F... K..... doit-il être tenu pour responsable des actes qui lui sont reprochés.*

L'article 19 du *projet de Code pénal suisse*, actuellement en préparation, s'exprime comme suit, quant à la responsabilité d'un criminel :

« Sauf disposition contraire et expresse de la loi, est seul punissable celui qui agit avec intention. Celui-là commet un délit avec intention, qui agit le sachant et le voulant. »

Or, il est hors de doute qu'en déchargeant son revolver sur le chauffeur, F... K..... a exécuté son geste « le sachant et le voulant ». Nous devrions donc en conclure qu'il est pleinement responsable de son acte, puisqu'il a agi avec une intention consciente.

(1) Voir les *Annales* de mars et de mai 1918.

D'autre part, nos collègues de la première expertise tiennent F... K... pour complètement irresponsable, par suite d'une maladie mentale qui existerait chez lui depuis plusieurs années déjà.

Nous ne pouvons accepter ni l'une ni l'autre de ces deux solutions radicales et contradictoires. Nous venons d'indiquer les raisons qui nous paraissent décisives pour rejeter le diagnostic d'une psychose à évolution chronique chez K....., et l'examen de l'inculpé nous a convaincus qu'il devrait être considéré comme un *criminel psychopathe dégénéré*. Que doit-on penser de ce dernier au point de vue de la responsabilité? La question a son importance, car on rencontre parmi les criminels un très grand nombre de dégénérés psychopathes et, s'il suffisait d'émettre un diagnostic de « dégénérescence mentale » pour entraîner l'irresponsabilité d'un coupable, les prisons se videraient bien vite au bénéfice des asiles d'aliénés.

Non ; dire « psychopathie dégénéré » ne signifie pas encore « aliéné irresponsable ». Chaque cas mérite un examen approfondi.

Mais avant d'envisager le cas spécial de K....., et de rechercher dans quelle mesure il peut être tenu pour responsable du meurtre qu'il a commis, il nous paraît indispensable de définir clairement le sens que l'on doit attacher, au point de vue médical, à ce terme de « responsabilité », devenu si lourd en jurisprudence. On a beaucoup discuté, en effet, et l'on s'est beaucoup disputé entre médecins depuis quelques années sur la signification et la valeur de ce mot. Tous ceux d'entre nous qui ont assisté au Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, qui s'est tenu à Genève-Lausanne en août 1907, se souviennent encore des débats mémorables qui ont eu lieu à cette époque dans notre ville sur cette question, à la suite d'un rapport franchement révolutionnaire du regretté professeur Gilbert Ballet. « Le mot de *responsabilité*, disait-il (1), ne devrait jamais être ni sous la

(1) En décembre 1858, dans une cause célèbre (le procès Fahnner, jury de Rottweil), *Griesinger* a déclaré que si la question de la responsabilité (*Zurechnungsfrage*) lui était posée, il n'y répon-

plume, ni sur les lèvres de l'expert médical. » La plupart des membres présents au Congrès, lors de cette discussion, votèrent les conclusions du professeur parisien (1), et il faut avouer qu'ils ont eu de sérieuses raisons pour les adopter, car, on ne doit pas l'oublier, il y a dans cette question de la responsabilité des criminels une large part d'hypothèses et de propositions embrumées de métaphysique et absolument étrangères à la science médicale.

Il importe donc d'en dégager tout ce qui ne nous concerne pas spécialement. G. Ballet n'a pas eu de peine à montrer les graves inconvénients qu'il y avait à parler de « responsabilité atténuée, » ce qui aboutit logiquement dans la pratique à un monstrueux paradoxe, « l'atténuation » de la peine, d'autant plus forte que le criminel est plus dangereux au point de vue

draît pas, comme n'étant pas « médicale ». (Elle ne fut pas posée.) Le médecin n'a d'autre intérêt que celui de la vérité. S'il ne peut répondre à la question de la « liberté d'agir » de l'inculpé, il doit le dire franchement, sans s'inquiéter des conséquences qu'entraînera sa réponse. Les jurés ne sont pas liés au jugement des médecins. Celui-ci ne forme qu'un des éléments de leur opinion.

Griesinger était professeur de clinique médicale à Tubingue depuis le printemps 1854. Il fut appelé à Zurich au printemps 1860. Il avait été pendant deux ans (1840 et 1841) assistant à l'asile de Winnenthal (Wurtemberg), dont le directeur était le Dr Zeller.

Griesinger est très catégorique dans sa leçon d'ouverture de la clinique psychiatrique de Berlin, le 1^{er} mai 1868 (*Archiv für Psychiatrie*, 1^{er} vol. p. 636, 1868-1869), il dit (p. 653) : « Laissons de côté les questions de la responsabilité et de l'irresponsabilité, c'est le juge lui-même qui pourra les trancher d'après les faits que nous lui aurons présentés, clairs et bien ordonnés, soigneusement mis en œuvre. »

Je cite les opinions de Griesinger, parce que c'est lui qui fut mon premier maître en psychiatrie. J'ai assisté avec grand profit à sa leçon d'ouverture du semestre d'été 1863, de la clinique psychiatrique de Zurich, parue dans les *Archiv der Heilkunde*, 4 mai 1863, p. 460, et traduite en français par Jules Falret dans les *Annales médico-psychologiques*, 4^e série, t. V, 1865, p. 1.

Dr P. L. L.

(1) Le vœu proposé par M. Gilbert Ballet a été accepté par 32 voix contre 18: Voir *Comptes rendus* du XVII^e Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française, 1907, vol. II, p. 91.

social, puisqu'il est d'autant moins responsable qu'il est plus dégénéré.

Ce serait évidemment le cas de K....., si on voulait le considérer comme devant bénéficier d'une responsabilité atténuée. S'il ne doit pas être rendu entièrement responsable de son acte, comme nous le croyons, on ne saurait d'autre part en tirer la conséquence que l'on doive pour cela « atténuer » les mesures sévères qu'il faudra prendre à son égard pour le rendre désormais inoffensif et hors d'état de nuire.

Un acte de volonté qui entraîne la responsabilité n'est jamais le résultat d'une décision inconditionnée. En réalité, la volition dépend de trois facteurs très différemment développés suivant les individus, et variables chez le même individu, suivant les temps et les circonstances. Voyons ce qu'il en est du développement de chacun de ces facteurs chez K.....

Dans tout acte de volonté, il y a :

1° Un élément de *liberté*, qui constitue précisément la responsabilité morale, fondée sur ce qu'on a appelé le « libre arbitre ».

L'appréciation pratique de cet état de liberté échappe complètement aux investigations scientifiques du psychiatre. Nous ne possédons aucun instrument propre à mesurer le degré de cet élément de liberté. C'est à celui-ci que peut s'appliquer la recommandation du professeur Ballet. La responsabilité morale n'est pas de la compétence du médecin. Tout ce que nous pouvons dire c'est que la liberté de l'homme n'est pas une faculté innée, qui existerait d'emblée chez lui toute faite et parfaite. Il n'y a point de liberté chez le jeune enfant. L'homme sain d'esprit ne devient vraiment libre que peu à peu, à mesure qu'il s'approprie des connaissances et des notions claires et bien ordonnées sur lui-même, sur tout ce qui l'entoure et sur les événements successifs de sa vie, c'est-à-dire à mesure que se forme sa personnalité. L'enfant, doué d'intelligence, n'est pas libre jusqu'à l'âge du « discernement » (1)

(1) Le *discernement* n'est que l'élément purement « intellectuel » de la « responsabilité ». Il ne représente qu'un des facteurs de l'individualité morale, de sorte que pour juger de la res-

parce qu'il ne possède pas encore une réserve suffisante de représentations mentales, nettement distinctes, solidement associées et coordonnées, capables de s'opposer aux impressions nouvelles et de les soumettre à l'épreuve d'une délibération de l'esprit, d'un jugement, de la réflexion, qui permet d'écarter certains motifs et de faire un choix judicieux parmi les autres avant d'agir.

Nous nous déclarons donc incompetents pour juger chez K..... de la valeur de cet élément de liberté, de ce premier facteur de sa responsabilité. Il paraît réduit, sans doute ici, à un minimum d'influence, mais ce n'est pas une raison pour en nier l'existence.

Un penseur profond a dit : « De ce que la volonté dépend toujours des motifs qui la déterminent, faut-il conclure que la volonté n'est pas libre ? » Et il répond : « Non, car ces motifs qui me déterminent sont *mes* motifs. En leur obéissant, c'est à *moi* que j'obéis, et la liberté consiste précisément à ne dépendre que de soi (1). »

2° Le second facteur qui conditionne la liberté de l'homme, et par suite sa responsabilité, se rapporte aux circonstances extérieures dans lesquelles celui qui a commis un acte s'est trouvé placé. Lorsqu'il s'agit d'un criminel, ce sont les juges qui sont appelés à tenir compte de l'importance et de la valeur des influences de ce facteur, que nous nommons *exogène*, c'est-à-dire facteur des éléments extérieurs.

Le médecin-expert ne peut pas cependant s'en désintéresser tout à fait. Mais il n'en tiendra compte que pour mieux analyser l'état mental de l'accusé au moment de l'acte accompli par lui. C'est dans ce but que nous nous en sommes occupés en discutant les vrais mobiles du meurtre. Toutefois, c'est au juge qu'il appartiendra de décider jusqu'à quel point les circonstances extérieures du fait (provocation, légitime défense, etc.), à supposer que leur réalité soit démontrée,

ponsabilité, il faut tenir compte de la formation de la *volonté* et du *caractère*, c'est-à-dire de tout l'ensemble de la *personnalité morale*.

(1) Sous-entendu, chez l'adulte sain d'esprit.

ont pu influencer la responsabilité du prévenu. C'est dans ce second facteur, *exogène*, qu'il faut chercher les véritables circonstances atténuantes du crime, tandis que le troisième facteur, dont nous allons parler et auquel on a coutume d'attribuer faussement ces circonstances atténuantes, ne peut avoir, en définitive, d'influence que sur le choix du meilleur mode d'application des mesures pénales qu'il convient de prendre contre l'accusé.

3° Le troisième facteur de la volition, ou facteur *endogène*, est celui qui dépend de la constitution physique et mentale de l'accusé, de sa nature intérieure, résultant de son hérédité, de ses antécédents personnels, de son éducation et des influences du milieu où il a passé son existence. Ce facteur-là est seul de la compétence exclusive du médecin. L'analyse que nous avons faite ci-dessus de toutes les circonstances endogènes qui se rapportent chez K..... à ce troisième facteur et le diagnostic auquel nous nous sommes arrêtés en démontrent l'extrême importance.

Nous avons dit que le prévenu était un psychopathe dégénéré. Nous avons trouvé chez lui un manque de développement intellectuel et moral qui ne lui a pas permis d'atteindre l'état de liberté psychique de l'homme adulte sain d'esprit. Bien qu'il ait dépassé l'âge de la majorité, quant à sa mentalité, K... en est resté à un degré inférieur à cet âge. Il dit lui-même qu'il ne sait pas ce que c'est que la majorité. On ne peut donc pas lui attribuer une responsabilité médico-légale correspondante à celle d'un homme majeur normal. Son acte est le résultat d'une impulsion. Est-ce à dire qu'il n'aurait pas pu y résister? Non; l'impulsion n'est nécessairement irrésistible que lorsqu'elle est inconsciente. Dès qu'elle est consciente, comme c'est le cas chez K....., une inconnue entre en jeu, celle qui réside dans le premier facteur dont nous venons de parler, celui qu'on a appelé « le libre arbitre ».

Rien de plus aisé que de découvrir, après coup, une fois l'acte accompli, les causes qui l'ont déterminé, de supposer que le criminel ne pouvait pas agir autrement, que son forfait devait fatalement arriver. On trouvera toujours sans peine dans son hérédité, dans

ses antécédents personnels et dans sa constitution mentale, de fortes raisons pour expliquer sa conduite et comprendre pourquoi il a commis son homicide. C'est ce qu'on nomme le déterminisme, mais nous savons maintenant que le déterminisme n'exclut pas la liberté, comme le fait le fatalisme, que l'on confond si souvent avec lui.

En démêlant les causes qui ont déterminé un criminel à son acte, on n'est pas autorisé par là à en conclure qu'avant de le commettre il n'aurait pas pu agir autrement et que cet acte était le résultat fatal et inévitable de ses antécédents et de sa dégénérescence mentale.

Il nous faut avoir le courage d'avouer que nous n'en savons rien et que nous n'en pouvons rien connaître. Nous serions tentés de nous tirer d'embarras en concluant que l'accusé est complètement irresponsable de son acte. Il nous serait plus agréable et plus facile de l'affirmer que de reconnaître en ceci notre incompetence. Mais en réalité, il ne nous est pas possible de savoir si vraiment K..... a eu, oui ou non, la liberté morale d'agir autrement qu'il ne l'a fait lorsqu'il a tiré sur le chauffeur. Il s'agit ici d'un « impondérable » qui échappe entièrement à notre analyse scientifique. Ce problème nous paraît insoluble. Pour le résoudre, il faudrait que nous possédions la toute science, ou la science infuse tout au moins.

Un éminent criminaliste a écrit : « Nous ne pouvons raisonner que par une explication *métaphysique*, en faisant de la loi de causalité mécanique, telle qu'elle se réalise dans la nature inconsciente, la règle également de la vie psychique (consciente) dans ses rapports avec l'individualité biologique.

« Cette question-là est de celles précisément que la science ne peut pas résoudre ni affirmativement ni négativement ; car elle appartient à un domaine où la science n'a plus de prise et où elle ne pénètre pas. Nous touchons à l'essence même de l'être. La science ne voit que les phénomènes : l'être lui échappe. »

On ne saurait mieux dire.

Si minime qu'ait pu avoir été la résistance de K..., si résistance il y a eu, au geste meurtrier que la peur

d'être enlevé et interné lui a fait accomplir, nous ne nous sentons cependant pas le droit de la nier complètement, dans l'incertitude où nous sommes, c'est pourquoi nous répondons à la seconde question :

K....., sans être absolument irresponsable, comme l'est un aliéné atteint de psychose, ne peut pas cependant être tenu de par sa constitution mentale anormale, comme entièrement responsable des actes qui lui sont reprochés (1).

Sa responsabilité peut être réduite au minimum, mais rien ne nous autorise à la nier. Nous nous déclarons *incompétents* pour en juger, mais, en aucun cas, nous n'attribuons à cette réduction, aussi extrême qu'on veuille la supposer, le caractère de « circonstances atténuantes », si on entend par là une réduction parallèle de la pénalité. Ce n'est pas une réduction de peine qu'entraîne cette diminution de responsabilité par le facteur *endogène*, mais seulement une modification du régime pénal à appliquer dans le cas particulier. Nous réservons la discussion de cette question pour le chapitre suivant.

(1) Même en acceptant le diagnostic d'une « démence précoce latente », auquel les premiers experts paraissent s'être rattachés, nous formulerions la même conclusion.

Voici, à titre de renseignement, comment s'exprime sur ce sujet le prof. Bleuler dans son récent *Traité de psychiatrie* (en allemand). Berlin, 1916, p. 504 :

« Là où l'on a reconnu une schizophrénie (*) latente, c'est-à-dire si l'on a diagnostiqué la maladie d'après des symptômes relativement peu marqués, on ne doit pas, à mon avis, dans certains cas très légers, nier la capacité civile, ni la responsabilité criminelle. Cependant, cette opinion n'est pas incontestable, et, en tout cas, on doit procéder ici avec une très grande circonspection, et tenir compte de toutes les circonstances. »

Ainsi, Bleuler lui-même, le créateur de la « démence précoce latente », ne considère pas comme « irresponsable » tous les cas de cette forme de psychose.

(*) Bleuler groupe sous ce nom les diverses formes de la « démence précoce ».

C. — *Si l'état de K..... nécessite son internement à titre définitif dans un asile d'aliénés?*

PRONOSTIC. — TRAITEMENT.

Pronostic. — Il nous sera bien permis, comme médecins-experts, de parler du pronostic et du traitement après avoir discuté le diagnostic du cas, d'autant plus que nous ne pourrions pas répondre, en connaissance de cause, à la dernière question qui nous est posée, sans examiner les probabilités de l'avenir de K..... De là dépendent les mesures à prendre envers lui. Que peut-on prévoir de la marche future et de la terminaison de son état mental psychopathique?

Devons-nous le considérer comme incorrigible ou incurable et le traiter en conséquence? Nous aurions sans doute de sérieux motifs pour pronostiquer l'incurabilité de K.... Elle nous paraît même assez probable, vu le degré profond de son infirmité cérébrale constitutionnelle.

Une autre cause d'incorrigibilité se trouve dans la race. On sait que les Turcs sont fatalistes, professent une profonde indifférence pour les événements de la vie, et ne feraient aucun effort pour en détourner le cours. Ces traits de la race sont encore plus accentués chez K....., comme nous l'avons vu.

K... est le produit de son hérédité, de sa race et du milieu turc dans lequel il a été élevé. Sa *rééducation morale* sera-t-elle capable de créer en lui une *individualité* nouvelle, une véritable *personnalité*, qui lui fait encore extrêmement défaut? Réussira-t-elle à transformer son caractère et à le mettre en harmonie avec notre civilisation occidentale? Il est bien permis d'en douter.

L'expérience de la vie nous a appris qu'il n'y a pas de perversité morale absolue et irrémédiable chez les hommes. Il ne faut jamais désespérer du relèvement d'un jeune criminel, si bas soit-il tombé. On a pu trouver de bons germes même chez les monstres de criminalité.

Cependant, qui oserait affirmer que K..... soit absolument incurable?

L'histoire des antécédents de K... nous fournit des indications qui éveillent en nous quelque espoir de réussir peut-être, vu sa jeunesse, à modifier favorablement en les corrigeant, les mauvais instincts, et en cultivant les bons avec succès. Jamais K..... n'a été soumis à un traitement médico-pédagogique rationnel suffisamment prolongé. Nous savons combien son éducation a été fautive. Quand on l'aura arraché aux influences pernicieuses des milieux dans lesquels il a vécu jusqu'ici, en le plaçant sous une direction ferme et avisée, qui saura lui inspirer confiance, il est permis d'espérer que l'on pourra, à la longue, obtenir quelques heureux résultats de ce régime, car on connaît déjà de nombreux exemples, rarement de guérison complète, il est vrai, mais du moins d'amélioration sensible de jeunes psychopathes criminels, après plusieurs années de rééducation morale. La colonie pénitentiaire d'Elmira, dans l'Etat de New-York, fondée sur ces nouvelles réformes, a donné, depuis bien des années, comme on le sait, des résultats très encourageants.

Ce qui nous confirmerait dans cet espoir, c'est que K... n'a pas de tendances brutales et agressives. Rappelons qu'on a dit que le fond de son caractère paraissait « bon ». Il n'a jamais manifesté d'instincts de cruauté, de penchants à tout détruire, à se réjouir de voir souffrir, comme c'est souvent le cas des futurs meurtriers et assassins. Ce qui nous encourage aussi à espérer son amendement, ce sont les dépositions de Messieurs ses professeurs. M. *Thudicum* nous dit qu'au début K..... était paresseux, peu apte au travail, puis qu'il s'y est mis et qu'on n'a plus eu aucun sujet de plainte concernant sa conduite. M. *Süss* dit aussi que K... s'est mis courageusement au travail et qu'il a donné toute satisfaction à son professeur, jusqu'au moment où il s'est dérangé sous l'influence des femmes. Enfin, M. *Reverchon* affirme aussi qu'il n'a jamais eu de sujet de plaintes concernant sa conduite. Tout ceci nous prouve qu'il y a en germe chez l'accusé un fond d'aptitudes favorables, de qualités sérieuses qui peuvent être cultivées et développées par de bons procédés, car

ici surtout, « plus fait douceur que violence ». Etant données ces circonstances, mieux vaut être optimiste que pessimiste.

Toutefois, il ne faut pas se le dissimuler, nous voyons trois accidents possibles qui pourraient survenir et assombrir ce pronostic.

D'abord l'impulsion au vagabondage et aux fugues. Il est à craindre que K..... fasse des tentatives d'évasion, surtout au début de son placement. Il y réussira plus facilement s'il est enfermé dans un asile où la surveillance est moins stricte que dans une prison.

Puis il faut s'attendre à le voir renouveler ses tentatives de suicide. Il a déclaré lui-même que puisqu'il n'avait pas réussi à s'empoisonner avec la pastille de sublimé, il chercherait à se détruire en se pendant au moyen de ses draps. On devra toujours songer à ses impulsions au suicide et prendre de sérieuses mesures pour les prévenir.

Enfin, il est un troisième accident qui menace K..... en prison. Parmi les psychoses dites « folies pénitentiaires », aucune n'est plus fréquente que la *démence précoce*, qui y occupe la première place, et si nous ne pouvons voir dans les symptômes que nous offre aujourd'hui l'accusé des signes évidents de cette maladie mentale, il n'en est pas moins vrai qu'elle peut se développer plus tard chez lui, lorsqu'il sera détenu. En effet, on observe très fréquemment l'apparition de la *démence précoce* chez les prisonniers psychopathes dégénérés. La détention en favorise l'éclosion. Il est même parfois bien difficile d'en dépister le début, surtout s'il s'agit de formes légères, tant les premiers symptômes de cette psychose sont analogues à ceux de la dégénérescence mentale. Sur le terrain de cette dégénérescence, la criminalité et l'aliénation mentale sont deux produits communs également fréquents.

En résumé, sans être nécessairement funeste, le pronostic de l'état mental de K..... doit être complètement réservé.

— *Traitement.* — Il va sans dire qu'un traitement moral judicieux peut singulièrement améliorer ce pronostic ; et par traitement moral, nous entendons les

mesures pénales qu'il conviendrait de prendre. Nous considérons K..... comme étant resté à un état de développement mental correspondant à celui d'un mineur. Il faudrait donc le traiter suivant les coutumes de la Chambre pénale de l'Enfance. Mais la rigidité des articles de notre Code s'y oppose. K..... doit être puni comme un majeur. Cependant, on ne devrait pas perdre de vue qu'il ne peut être rangé parmi les incorrigibles ; c'est donc à une peine dite de réforme qu'il faudrait reconrir, à notre avis. Il faut se rappeler que son crime, ou plutôt sa criminalité qui en a été le terrain propice (1), est intimement liée à son tempérament psychopathe. C'est pour les cas de ce genre qu'on a proposé la création d'établissements mixtes, moitié asiles, moitié prisons. Mais comme il n'existe pas encore en Suisse d'établissements de ce genre, force nous est bien de choisir entre l'un ou l'autre. N'oublions pas que dans le cas de K....., il s'agit d'un tempérament à refaire, d'une véritable rééducation, et non pas d'une maladie à soigner et à guérir. Déjà sous ce rapport, l'internement dans un asile d'aliénés ne nous paraît donc pas lui convenir. Il nous semble, au contraire, que son placement dans une colonie pénitentiaire, où il sera astreint à un travail régulier en plein air et où il sera soumis à une discipline et à une surveillance qui lui sont indispensables, conviendrait beaucoup mieux à son état et faciliterait son relèvement. Puis notre asile n'est certainement pas organisé pour recevoir et garder les aliénés criminels dangereux. Sans être aliéné, nous savons que K..... est dangereux et qu'il ne manquerait pas de s'évader à la première occasion. Enfin, à l'asile, K... jouirait sans doute d'une situation privilégiée et mènerait une vie oisive, ce qui ne contribuerait pas du tout à l'amendement de son caractère. Loin de là.

Quant à la durée de son internement il est impossible de la fixer à l'avance. Il n'est pas possible de prévoir le temps qui sera nécessaire pour modifier son tempérament criminel et le rendre apte à rentrer dans la vie normale sans danger pour la société.

(1) L'agent provocateur du crime a été ici, vraisemblablement, la peur, comme nous l'avons vu.

Nous répondons en conséquence à la troisième question qui nous est posée :

Nous n'estimons pas que l'état de K.... nécessite son internement à titre définitif dans un asile d'aliénés. « Dans tous les cas, de tels individus, chez qui la capacité d'imputation est ainsi diminuée, *n'étant pas des malades, mais bien plutôt des arriérés*, ne sauraient en aucune manière être des sujets d'asile... (2) »

CONCLUSIONS

1° Au moment où il a commis son acte, K.... n'était pas atteint d'aliénation mentale, sous forme d'une psychose à évolution chronique, mais d'une véritable dégénérescence mentale, dont il nous reste à apprécier l'influence sur sa responsabilité.

2° K...., sans être absolument irresponsable, comme l'est un aliéné atteint de psychose, ne peut pas cependant être tenu de par sa constitution mentale anormale, comme entièrement responsable des actes qui lui sont reprochés.

Sa responsabilité peut être réduite au minimum, mais rien ne nous autorise à le nier. Nous nous déclarons incompétents pour en juger; mais, en aucun cas, nous n'attribuons à cette réduction, aussi extrême qu'on veuille la supposer, le caractère de « circonstances atténuantes », si l'on entend par là une réduction parallèle de la pénalité.

3° Nous n'estimons pas que l'état de K.... nécessite son internement à titre définitif dans un asile d'aliénés.

Genève, le 20 août 1916.

F... K.... a été condamné à la réclusion perpétuelle, le jury ayant admis la préméditation à l'assassinat. Il

(1) Lucien Lagriffe, médecin des asiles. Considérations sur quelques degrés de la Responsabilité. *Annales médico-psychologiques*, 64^e année, 1906, p. 241, n° 2, mars-avril.

fait sa peine au pénitencier de Thorberg (canton de Berne), où les détenus, soumis à une sévère discipline, sont occupés à des travaux manuels divers. Dès lors il s'est manifesté un changement profond dans son état mental. Il travaille régulièrement et sa conduite lui vaut les éloges du directeur.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 AVRIL 1918

Présidence de M. H. COLIN, président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

MM. Bonhomme, Delmas et Taty, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Capgras et Charpentier, qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance;

2° Des lettres de MM. Wimmer, de Copenhague, et Landau, de Berne, qui remercie la Société de les avoir nommés membres associés étrangers.

M. LE PRÉSIDENT adresse les félicitations de la Société à M. Dupré, qui vient d'être élu membre de l'Académie de Médecine.

Mort de M. Ph. Rey.

M. LE PRÉSIDENT. — Mes chers collègues, j'ai le pénible devoir de vous annoncer la mort d'un de nos collègues les plus distingués, M. le D^r Rey, médecin honoraire des asiles publics d'aliénés.

Originaire du département du Vaucluse, M. le D^r Rey avait été interne des asiles de la Seine et médecin adjoint des asiles de Vaucluse et de Ville-Evrard. Des travaux remarquables sur différents points de pathologie mentale et surtout sur les troubles mentaux au cours de l'ataxie locomotrice l'avaient, dès 1884, signalé à l'attention de nos collègues de la Société médico-

psychologique, où il fut élu membre correspondant, sur le rapport de M. Paul Garnier.

Le Dr Rey s'était occupé avec passion des questions anthropologiques et un voyage d'études au Brésil lui avait permis de rapporter des documents précieux sur les indigènes des Hants Plateaux, en même temps qu'il publiait dans les *Annales médico-psychologiques* des notes sur les asiles d'aliénés de l'Amérique du Sud, du Portugal, de l'Espagne.

En 1893, il fut nommé dans les asiles de province où il fit tout le reste de sa carrière, notamment dans les asiles de Montdevergues, d'Aix et de Marseille.

Médecin dans toute la force du terme, il eut, comme bien d'autres, des luttes nombreuses à soutenir contre les autorités administratives, ce qui lui attira des désillusions dont il se consolait en se consacrant uniquement à ses malades et au culte des lettres et de la musique.

Compatriote et ami de Mistral, il avait une passion pour sa vieille langue provençale. C'était un fin lettré, en même temps qu'un clinicien averti. Mais sa méfiance excessive de lui-même, et une grande probité scientifique qui le portait toujours au doute, l'ont empêché de produire autant qu'il aurait pu le faire, nous privant ainsi du fruit de sa très grande expérience.

Elu conseiller général du département du Vaucluse, il put rendre de très grands services à notre spécialité. Il se chargea du budget des aliénés et ses efforts dotèrent l'asile de Montdevergues d'importantes améliorations; en même temps il posait les bases et dressait les plans d'un asile interdépartemental pour les enfants arriérés.

Mais les luttes politiques lui déplaisaient tout autant que les démêlés administratifs et, bientôt, il se retira du Conseil général pour se consacrer exclusivement à ses fonctions médicales de l'asile de Marseille.

Il prit sa retraite prématurément, à la suite d'un de ces conflits administratifs si fréquents dans les asiles, surtout en province et où il succomba, en même temps que notre collègue Boubila.

Le Dr Rey a grandement illustré notre spécialité. Il laisse parmi vous de nombreux amis qui ont pu l'ap-

précier à sa juste valeur. Je prie la Société médico-psychologique tout entière de se joindre à eux pour adresser à sa veuve et à sa famille l'hommage ému de notre plus vive sympathie.

Rapports de candidature.

M. JUQUELIER. — Messieurs, vous avez nommé une Commission, composée de MM. Lwoff, Truelle et Juquelier, rapporteur, à fin d'examiner les titres et travaux scientifiques du D^r André-René Gilles, qui sollicite d'être nommé membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Ancien interne des hôpitaux de Reims et de Versailles, lauréat de l'Académie de Médecine (prix Laval, 1911), M. Gilles était, au moment de la déclaration de guerre, interne de l'Asile de Moisselles. Mobilisé comme médecin auxiliaire dans un régiment d'infanterie, M. Gilles a d'abord conquis la Croix de guerre; il a préparé ensuite sa thèse de doctorat sur un sujet psychiatrique, dans son poste de secours des tranchées. Il est aujourd'hui médecin aide-major de 1^{re} classe, attaché à un centre neuro-psychiatrique d'armée, où il est collaborateur de notre collègue Mignard.

Etant donné ce *curriculum vitae*, vous ne serez pas surpris que les travaux scientifiques par lesquels M. Gilles se recommande à vos suffrages portent sur des sujets de psychiatrie de guerre.

Sa thèse, soutenue en 1915, est une *Contribution à l'étude des délires de la convalescence chez les typhoïdiques*. Préparée, comme il est dit dans l'introduction, loin de l'appui des bibliothèques, c'est une monographie assez brève, dans laquelle l'auteur, à l'aide d'observations recueillies chez des militaires, étudie la genèse et le pronostic de certains délires ambitieux apparaissant au décours de la dothiéntérie. Ces délires semblent avoir pour origine une idée fixe post-onirique qui survit à la confusion hallucinatoire de la période d'état. Ils sont éphémères, mais ne sont rectifiés que lorsque l'activité intellectuelle tend à devenir vraiment normale. Quoi qu'il en soit, ils n'ont pas le pronostic fâcheux

qu'on a le droit d'attacher d'ordinaire aux idées délirantes de satisfaction.

M. Gilles s'excuse de n'avoir pu documenter sa thèse par des citations ou de nombreuses références bibliographiques. A notre avis, c'est pour cette raison que son travail est la preuve d'une instruction psychiatrique déjà solide.

En 1916, dans les numéros d'avril et juillet des *Annales médico-psychologiques*, a paru, sous la signature de M. Gilles, une importante *étude de certains cas de neurasthénie observés sur la ligne de feu*. Dans sa captivante communication de janvier 1918 à notre Société, sur la peur morbide acquise, M. Voivenel a fait, avec éloge, allusion à cette étude que nous n'analyserons pas ici, puisque tous nos collègues peuvent aisément s'y reporter. Il nous paraît seulement intéressant de noter que M. Gilles y a heureusement mis en relief l'importance des causes, et en particulier du surmenage moral, des émotions répétées, qui, à l'avant, épuisent à la longue la résistance de quelques-uns, des meilleurs officiers et des meilleurs soldats, et créent ainsi le terrain favorable à l'éclosion soudaine des défaillances paradoxales, isolées ou collectives dépeintes par M. Voivenel. Signalons encore, dans le travail de M. Gilles, de courtes, mais intéressantes observations, et de judicieuses réflexions sur la complexité du rôle du médecin, dans les cas du genre de ceux que décrit l'auteur.

Plus récemment, M. Gilles a consacré son attention à la psychothérapie des troubles nerveux, d'ordre seulement fonctionnel, résultant des incidents de la guerre, et notamment des commotions. (*L'hystérie et la guerre*, *Annales médico-psychologiques*, avril 1917 ; *Traitement brusqué des mutités-aphonies psycho-névrosiques par la respiration artificielle*, en collaboration avec M. Mignard, Société médico-psychologique, 28 janvier 1918.) Dans ces deux notes, l'auteur a bien montré la valeur de l'intervention psychothérapique immédiate, et il a insisté sur la signification réelle des moyens adjuvants, tels que l'emploi du courant électrique, autour duquel se sont développées certaines légendes fâcheuses pour l'intérêt général.

Votre Commission estime que notre confrère, qui a trouvé dans ses obligations militaires, non un obstacle, mais un stimulant à l'étude de la clinique psychiatrique, a fait ses preuves devant la Société médico-psychologique, et doit être associé plus étroitement à nos travaux. Elle vous propose d'accueillir le D^r Gilles parmi nos membres correspondants.

Conformément à ces conclusions, M. le D^r A.-R. Gilles est élu membre correspondant à l'unanimité des membres présents.

M. RENÉ SEMELAIGNE. — Messieurs, vous avez confié à une Commission composée de MM. Vallon, Vigonroux et Semelaigne, le soin d'examiner les titres et travaux scientifiques du professeur Gaetano Funaioli, qui sollicite le titre de membre associé de la Société médico-psychologique. Le D^r Funaioli, médecin lieutenant-colonel, professe l'anthropologie criminelle à l'Université de Turin. Sans doute en raison des difficultés actuelles de transport, il n'a pu nous faire parvenir ses ouvrages, consacrés surtout aux études de médecine légale et d'anthropologie criminelle, et a dû se borner à nous en transmettre la liste. Je ne puis donc vous en donner une analyse, mais la réputation scientifique du D^r Funaioli est solidement établie dans le monde médical, et votre Commission vous demande de l'admettre parmi nous en qualité de membre associé étranger.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. Gaetano Funaioli est élu membre associé étranger, à l'unanimité des membres présents.

Les enseignements méthodologiques et la signification de la psycho-analyse,

Par MM. H. COLIN et R. MOURGUE.

Il pourrait paraître hasardeux de tenter un exposé de la psycho-analyse après l'étude si documentée et si claire qu'en ont donnée MM. Régis et Hesnard; aussi telle n'est pas notre ambition. Après avoir rappelé, d'après ces auteurs, les parties fondamentales du système, nous voudrions aborder un point qui ne semble pas, du moins à notre connaissance, avoir été suffisam-

ment examiné : c'est la question de savoir quelle est la caractéristique méthodologique de la psycho-analyse et à quel besoin profond répond la diffusion énorme de cette doctrine dans tous les pays du monde (aux Etats-Unis principalement), car il serait puéril d'y voir une simple question de mode. En effet, à côté de quelques disciples qui ont poussé l'extravagance fort loin, il y a d'excellents esprits qui, tout en se gardant d'un enthousiasme irréfléchi, se déclarent psycho-analystes. Freud, lui-même, malgré toutes les graves erreurs de méthode que nous aurons à relever dans son système, est, ne l'oublions pas, un ancien élève de la Salpêtrière et de l'école de Nancy. C'est un neurologiste éminent qui a fait de très beaux travaux sur l'aphasie ; et, à ce point de vue, il peut être considéré, avec le philosophe français Bergson, comme le précurseur de M. Pierre Marie sur la même question. C'est là un fait généralement peu connu, qu'il était intéressant de rappeler, car il permet de se rendre compte de l'influence perniciense du mode de penser philosophique, chez un homme qui a fait preuve, par ailleurs, de la méthode positive la plus rigoureuse.

La psycho-analyse est, ainsi qu'on l'a écrit, un « système » ; voilà certes une expression qui nous ramène à une cinquantaine d'années en arrière, à l'époque où il était encore d'usage de dire qu'on appartenait à l'« école de Paris » ou à celle de Montpellier, qu'on était vitaliste ou organiciste. Qu'est-ce donc qu'un système ? L'histoire des sciences médicales nous apprend que c'est un ensemble de notions, qui ne sont pas nécessairement étrangères à l'observation concrète, mais qui sont présentées comme ayant une valeur absolue et à l'aide desquelles on pourra bâtir toute la pathologie générale. Quelles sont donc ces notions, propres à la psycho-analyse, qui lui serviront de principes d'explication pour l'étude des névroses et des psychonévroses ? car on sait que Freud est, par ailleurs, un esprit trop positif pour s'égarer hors de celles-ci.

Ainsi que MM. Régis et Hesnard l'ont bien mis en relief, la seule, l'unique notion qui soit propre à la psycho-analyse est celle du *pansexualisme* entendu dans un sens tantôt étroit, tantôt extrêmement large.

C'est ainsi que toute l'activité psychophysiologique du jeune enfant peut être interprétée dans le sens de la sexualité; l'action de téter, de déféquer, de se frotter n'importe quelle partie du corps (zones érogènes secondaires) ne sont que des manifestations de la satisfaction de l'appétit sexuel, de la *Libido*. Celle-ci est située, si on peut s'exprimer ainsi, dans l'*Inconscient*; c'est là la partie la plus importante de notre psychisme, à tel point que Freud l'appelle le *Réel interne*. C'est dans cet *Inconscient* que sommeillent les diverses tendances sexuelles (sadistes, masochistes, auto-érotiques, homosexuelles, incestueuses, etc.), que Freud désigne du terme de *Complexes*; on sait que l'un de ceux qui jouent le plus grand rôle dans la doctrine de Freud est l'*Œdipe-complexe* ou complexe d'Œdipe qui pousse le sujet à ressentir une attraction homo- ou hétéro-sexuelle à l'égard de son père ou de sa mère. Ces complexes tendent à faire irruption dans la conscience.

Mais une nouvelle fonction psychologique veille au seuil de la conscience et, à l'état normal, empêche son envahissement par les « Complexes », c'est la « censure ». Cette fonction vient-elle à être déficiente, aussitôt il se produit une réaction de défense qui constitue la névrose ou la psychonévrose : « Les névropathes sont tous à l'origine des pervers, mais d'un genre spécial, ils le sont à leur insu complet, et se montrent d'autant plus ignorants de leurs exigences érotiques qu'ils ont plus énergiquement refoulé leurs tendances perverses. C'est ainsi que toutes les variations, dans le sens le plus large, du développement érotique, tous les manquements, toutes les fautes sexuelles (Noxen) peuvent être mises chez eux en évidence; depuis l'inversion banale, jusqu'aux tendances incestueuses, auto-érotiques, etc... Ces perversions sexuelles, qui sont à la base des psychonévroses, diffèrent des perversions sexuelles telles que les décrivent les classiques en ce qu'elles ne sont pas des tendances réalisées, effectives, mais seulement latentes, imaginatives. Les malades qui en souffrent ne sont pervers que par les imaginations qu'ils éprouvent, imaginations à demi conscientes ou même complètement ignorées d'eux-mêmes, par lesquelles ils cherchent à satisfaire

leur Libido inassouvie (rêveries, rêve nocturne ou « rêve diurne », « fantaisies ») (1). »

Il n'entre pas dans notre dessein d'exposer les divers procédés par lesquels les complexes sont travestis dans la conscience du malade. On sait qu'un des plus importants et des plus étudiés par Freud et ses élèves est le *symbolisme sexuel*. La tâche essentielle de la psycho-analyse, sorte de méthode du deviner (des Erraten), consistera à trouver la signification sexuelle de tout symptôme névropathique ou psychonévropathique, qui, par une sorte de pétition de principes, est déclarée à l'avance de nature symbolique.

M. le professeur Yves Delage, le savant biologiste de la Sorbonne qui a beaucoup étudié le Freudisme, a présenté ceci sous une forme humoristique que nous nous permettrons de citer, car quiconque a lu dans le texte les ouvrages essentiels du neurologiste viennois pourra se rendre compte qu'il n'y a aucune exagération ni aucune charge dans les lignes suivantes. Il suppose une conversation, tenue dans le cabinet de consultation, entre le médecin psycho-analyste et une cliente venu le consulter pour des troubles névrosiques.

Comme on le sait le psycho-analyste commence toujours ses investigations par l'étude des rêves. — « J'ai rêvé, dit la jeune femme, que mon frère faisait effort pour m'introduire sa cravate dans le gosier, et cela me faisait grand mal, me déchirait la gorge et me coupait la respiration, au point que je me suis éveillée. J'avais dormi la bouche ouverte et ma gorge était si sèche et si douloureuse que je ne pouvais ni avaler ma salive, ni reprendre ma respiration.

— Cravate?... Cravate?... C'est un symbole, mais lequel? Recourons au précieux carnet où j'ai consigné de ma main les enseignements du Maître.

Il prend sur sa table un petit registre et le feuillette.

— Consultons la table : Cadavre... Cratère... Ah! voilà Cravate, page 18. Reportons-nous à la page 18.

Il feuillette encore et lit à mi-voix :

Expressions symboliques de l'organe viril : tiges,

(1) Régis et Hesnard, *loco citato*, p. 64-65.

cannes, tronc d'arbre, parapluies, limes, branches, serpents, cravates, chapeaux, etc. (1).

Ah ! la cravate compte donc parmi les symboles du membre viril. Je croyais bien me le rappeler. Ainsi, tout s'éclaire, car le pharynx, cavité canaliforme doublée d'une muqueuse, a plus de titre qu'il n'en faut pour représenter l'organe féminin. Cette femme est, sans le savoir, obsédée par le désir de relations incestueuses avec son frère... (2). »

Nous n'exposerons pas plus longuement l'essentiel des principes de la psycho-analyse que nous supposerons connus, renvoyant pour les détails au livre de MM. Régis et Hesnard, et nous allons essayer de montrer que, malgré les résultats très intéressants auxquels ont abouti parfois ses travaux, la doctrine de Freud relève beaucoup plutôt du système philosophique que de la méthode scientifique.

Du Bois Reymond a dit de la « force vitale » dont se contentaient si facilement les anciens systèmes de médecine, qu'elle était « une bonne à tout faire ». Cette expression imagée s'appliquerait, croyons-nous, avec autant de justesse à cette « force vitale » des psychoanalystes qu'est la *Libido*. Comme l'ont bien montré MM. Régis et Hesnard, rien n'est plus incertain et variable que la terminologie de Freud à ce sujet, l'expression de *Libido* étant prise tantôt au sens de *désir sexuel, sensu stricto*, tantôt dans le sens très vague et très général d'intérêt, de sentiment, de tendance ou d'instinct. De même, les anciens vitalistes attribuaient à la « force vitale » tels ou tels attributs en rapport avec tel ou tel groupe de phénomènes à « expliquer ». Un éminent aliéniste français se demandait, dans un travail paru un peu avant la guerre, *si la psychiatrie était une langue bien faite* ; il est facile de voir que la psycho-analyse repose sur des concepts dont l'imprécision suffirait pour lui dénier tout caractère scientifique.

(1) Emprunté à Régis et Hesnard. *Loco citato*, p. 104, M. Delage met en note : textuel.

(2) Y. Delage. Une psychose nouvelle. La psycho-analyse, *Mercur de France*, 1, IX, 1916.

Une autre entité qui est à la base du système est celle de la *Censure*. La nature même de l'expression employée, empruntée au domaine social, montre bien, pourrait-on dire, qu'il s'agit là d'une simple comparaison et qu'il n'y a pas lieu à critique. C'est justement là qu'est le danger, à notre avis ; c'est une caractéristique très curieuse de la pensée scientifique germanique de faire un appel fréquent aux comparaisons concrètes. Nous rappellerons à ce sujet la théorie classique des chaînes latérales d'Ehrlich et la comparaison de la clef et de la serrure imaginée par E. Fisher pour expliquer l'action élective des ferments sur certaines substances. Mais si ces images sont excellentes et peuvent même permettre la découverte de nouveaux faits en chimie biologique ou en physiologie, il est loin d'en être de même dans un sujet aussi obscur que la psychopathologie. Le grand danger est alors de s'imaginer qu'on est en présence d'une notion dérivée de l'expérience et qui n'a pas besoin d'être approfondie. Le progrès d'une science débute lorsqu'elle commence à se défier des expressions qu'elle emploie ; un exemple frappant est par exemple la défiance que beaucoup d'aliénistes professent à l'égard du terme de *démence*, auquel ils substituent avec beaucoup de raison celui d'*affaiblissement intellectuel*. C'est, en effet, un progrès de la psychiatrie contemporaine de chercher de plus en plus à *analyser*, non à *interpréter*.

À ce sujet nous désirerions insister sur un point de la méthode psycho-analytique, sur lequel Freud a tenté récemment de créer une équivoque. On sait que le neurologiste viennois a été l'élève de Charcot ; or il prétend établir à ce sujet une filiation qui, au point de vue historique, nous paraît une véritable hérésie. Voici, en effet, ce qu'il a écrit, en 1913, dans une Revue italienne, à propos de l'hystérie : « On a reconnu depuis longtemps que les crises hystériques étaient des symptômes d'une excitation émotive exacerbée et pouvaient être assimilées aux explosions de passion. Charcot s'est efforcé de retenir en formules descriptives la diversité de leurs manifestations ; P. Janet a découvert l'idée inconsciente agissant derrière ces crises, la psycho-analyse enfin a démontré que ce sont des repré-

sentations mimiques de scènes vécues ou imaginaires qui occupent l'imagination des malades à leur insu. Les condensations et dénaturations subies par les actions représentées rendent ces pantomimes incompréhensibles pour le spectateur. Tous les autres symptômes dits chroniques des malades hystériques se rangent également sous cette rubrique. Ce sont généralement des représentations mimiques ou hallucinatoires de visions qui gouvernent inconsciemment la vie émotionnelle des malades et qui signifient une réalisation de leurs désirs refoulés et secrets (1). »

Il y a là, disions-nous, une équivoque qu'il convient de dissiper. Que la méthode de Charcot ait été la méthode de description clinique, c'est ce que Freud nous dit lui-même. M. P. Janet s'est chargé, au Congrès international de médecine de Londres (1913), de montrer l'abîme qui sépare la psycho-analyse de l'analyse psychologique; nous n'y insisterons pas (2). Nous nous permettrons seulement d'insister sur cette idée que la méthode de Freud est une méthode d'interprétation, et, qui pis est, d'interprétation subjective. Comme le disent excellemment MM. Régis et Hesnard : « C'est actuellement le type de la *méthode psychologique subjective*, appliquée à la neuro-psychiatrie... Elle consiste à pénétrer dans l'intimité psychique du sujet, à incorporer pour un instant à la sienne la personnalité de l'observateur et à se demander pourquoi telle idée ou telle image est associée à telle autre idée ou image particulière, quelle est la genèse purement psychologique de cet enchaînement, et jusqu'à quelle source première on peut le suivre (3). »

Sans doute, cette méthode génétique est excellente et elle a fait ses preuves par ailleurs; mais l'erreur méthodologique de la psycho-analyse, qui se rattache à son caractère de *système*, consiste dans l'interprétation unilatérale, pansexualiste, des phénomènes à analyser.

(1) Freud (S.). L'intérêt de la psycho-analyse. *Scientia*, 1913, t. XIV, p. 165.

(2) Voir P. Janet. La psychanalyse. *J. de psychol. normale et pathologique*, mars-avril 1914.

(3) *Loc. cit.*, p. 78-79.

C'est ce fait, dont nous avons donné plus haut un exemple, qui a fait dire à Kraepelin, lequel, on le sait, est très sévère pour la psycho-analyse, que c'était un « art d'interprétation » (*Deutungskunst*) sans valeur scientifique (1). La manière de procéder de Freud ressemble assez à celle de l'avocat qui multiplie les arguments en vue d'une conclusion depuis longtemps arrêtée dans son esprit.

Mais il y a une critique encore plus grave à faire à la méthode de la psycho-analyse ; nous l'emprunterons à un psychologue français qui fut l'élève de Magnan, Marillier, esprit remarquable, et qui, malheureusement pour notre pays, mourut, comme Cotard, avant d'avoir donné tout ce qu'il promettait. Je n'ai pas besoin, bien entendu, de dire que Marillier, qui écrivait en 1893, et qui, d'ailleurs, ne faisait que reproduire les idées de J.-P. Fabret, ne faisait pas allusion à la psycho-analyse encore dans les limbes. La méthode de Freud consiste, au fond, comme nous l'avons vu, à chercher une interprétation unilatérale des faits. Qu'il s'agisse des symptômes présentés par un neurasthénique, un hystérique ou un dément précoce, ils sont toujours rattachés à un trauma affectif, de nature sexuelle, datant le plus souvent de l'enfance. Quel que soit le cas où on observe l'obsession, par exemple, son déterminisme est le même (2).

Or, cette notion de l'*unilatéralité de la cause* et de l'équivalence des symptômes dans des cas différents nous semble ressortir beaucoup plus, dans le système de Freud, de la psychologie *a priori* qu'il s'est construit, que des faits eux-mêmes. Cette erreur des psychologues, Marillier l'avait bien vue : « Le péril auquel l'invasion prématurée dans son domaine personnel des doctrines et de la méthode de la psychologie expose le médecin, c'est de perdre de vue le malade et de porter toute son attention sur un symptôme ou un groupe de symptômes qui peuvent n'avoir point par eux-mêmes de valeur propre et revêtir une signification toute différente

(1) Kraepelin. *Psychiatrie, Achte Aufl.*, Leipzig, Barth., 1909, Bd I, p. 612.

(2) Régis et Hesnard, *loc. cit.*, p. 216.

d'après l'état mental sur lequel ils viennent se greffer... C'est seulement lorsque les divers mécanismes par lesquels un même phénomène peut se produire ont été étudiés en détail, tels qu'ils sont donnés dans l'expérience, que l'analyse peut s'appliquer à eux utilement pour essayer de les classer en groupes naturels et de dégager les éléments communs qui entrent dans leur constitution. On sera très surpris alors de constater que des événements en apparence très voisins les uns des autres, les impulsions au suicide, par exemple, des mélancoliques et des dégénérés, sont souvent justifiables d'explications fort différentes, tandis que des faits en apparence sans analogie comme l'onomatomanie et la crainte des épingles, l'impulsion au meurtre et les rires involontaires résultent d'un même état mental de déséquilibre et de désharmonie dont ils ne sont que les formes transitoires, sans cesse remplacées l'une par l'autre... Le très grand service que la clinique mentale peut rendre, et qu'elle rend en effet,... c'est de mettre en évidence qu'un état de conscience n'a point toujours la même signification, la même valeur, ni le même rôle... (1). »

Posons-nous maintenant la question que nous avons indiquée au début de ce travail, et voyons comment la caractéristique méthodologique de la psycho-analyse que nous avons tenté de mettre en lumière va nous permettre d'y répondre. Cette question est la suivante : Quelle est la signification de la psycho-analyse ? A quel besoin répond l'engouement qu'elle a suscité dans tous les pays anglo-saxons ? Le problème est assurément beaucoup trop complexe pour que nous l'examinions sous toutes ses faces ; nous l'envisagerons seulement au point de vue des besoins intellectuels qu'il paraît satisfaire chez beaucoup de neuro-psychiatres américains, par exemple. Depuis quelques années, la nécessité s'est fait fréquemment sentir aux médecins qui s'occupent des maladies du système nerveux de faire appel à la psychologie. Il serait facile de donner de nombreux

(1) L. Marillier. Du rôle de la pathologie mentale dans les recherches psychologiques, *Revue philosophique*, 1893, t. II, p. 370 et 374.

exemples de ce mouvement, qui s'est manifesté dans l'adjonction de la psychologie à la neurologie et à la psychiatrie dans les congrès internationaux. C'est ainsi que, dans le manifeste du Congrès international qui devait se tenir à Berne à la fin de 1914, il est dit : « De plus, en faisant à la *Psychologie* une place importante, nous avons obéi à l'idée que la psychologie basée sur des données expérimentales est indispensable à l'étude de la pathologie de l'esprit (1). »

La même question a été agitée à une réunion récente de la Société des aliénistes suisses (2); elle l'a été aussi aux États-Unis. Certains psychiatres (Bleuler entre autres) ont même réclamé un enseignement officiel de la psychologie dans les Facultés de médecine.

Or, la psycho-analyse semble bien avoir été, pour beaucoup d'esprits, la psychologie toute faite, apportant en même temps qu'une « explication » des phénomènes si obscurs de la pathologie mentale une psychothérapie scientifique (nous ne parlons pas de son efficacité, ce qui est une autre question); il est même certain que sans ce côté pratique de la doctrine celle-ci n'aurait jamais eu la diffusion que l'on sait. Reste à savoir ce que vaut cette psychologie psycho-analytique; ce que nous avons dit précédemment répond, croyons-nous, à cette question. Nous ne voudrions ajouter qu'un mot. Nous avons déjà dit et nous répétons que Freud est un esprit trop pénétrant pour ne pas avoir trouvé en psychologie des choses fort intéressantes, et Ribot, notre grand Ribot, lui a rendu parfaitement justice à propos de la question de la pensée symbolique et de l'influence primordiale et capitale de la vie affective (3). Nous ajouterions volontiers que ses études sur le rêve, sur la plaisanterie, sa préoccupation de rechercher dans le psychisme des malades, des rapprochements avec les formes de pensée primitives sont du plus haut intérêt.

(1) *Annales médico-psychologiques*, mai 1914, p. 636.

(2) Cf. Binswanger. *Psychologische Tagesfragen innerhalb der klinischen Psychiatrie*, in *Corr. Blatt. f. Schweiz.-Aerzte*, 1916, t. II.

(3) Cf. Ribot. *La mémoire affective et la psycho-analyse. Revue philosophique*, 1914, t. II, p. 138, et « La pensée symbolique », *ibid.*, 1915, t. I, p. 392.

Tout cela subsistera. Mais ici nous avons en vue principalement la méthode et, il faut bien l'avouer, la psycho-analyse sur ce terrain est en contradiction flagrante avec la science contemporaine. La méthode subjective caractéristique de la théorie de Freud est de plus en plus abandonnée à l'heure actuelle. Les disciples du Maître l'ont parfaitement senti, et de là est sortie la méthode des associations de Jung et la méthode psycho-galvanique, destinées à mettre en évidence les complexes pathogènes par des moyens objectifs; mais, ainsi que Kraepelin l'a fait observer, cette tentative d'application de la méthode expérimentale pour la découverte des complexes est absolument arbitraire (1).

Il en sera de la psycho-analyse comme de la psychologie des facultés qui s'offrait complaisamment à l'attention de J.-P. Falret au début de sa carrière (2) : il n'eut pas de peine à en reconnaître le vide et l'artificiel, après en avoir fait loyalement l'essai. C'est qu'en effet le danger des *systèmes* est plus apparent que réel; au contact des faits, ils ne tardent pas à s'écrouler comme des châteaux de cartes. C'est dire que la psychologie, dont le besoin se fait sentir aujourd'hui dans le domaine de la neuro-psychiatrie ne sera solide qu'autant qu'elle s'édifiera patiemment au contact direct et journalier de la clinique, car elle seule représente la réalité dans son infinie complexité.

DISCUSSION

M. A. COLIN. — Il convient d'épuiser d'autres débats inscrits à l'ordre du jour avant d'entamer la discussion à laquelle notre communication peut donner lieu.

Si la Société le permet, je donnerai donc la parole à M. Delmas, et, à la prochaine séance, M. Mourgue et moi serons à la disposition de l'assemblée pour répondre aux questions qui nous seront posées sur la psycho-analyse.

(1) Kraepelin, *loc. cit.*, p. 498.

(2) Voir la communication de l'un de nous à la Société médico-psychologique, 29 janvier 1917.

M. VALLON. — Cet ajournement nous permettra, en outre, de lire attentivement votre communication.

La paralysie générale et la guerre (1),

Par M. A. DELMAS.

Je m'excuse de n'avoir pu assister à la dernière réunion et d'avoir été obligé de remettre à aujourd'hui la suite de ma communication.

Dans l'avant-dernière séance, j'avais répondu à la critique dirigée contre la statistique que nous avons produite sur la paralysie générale pendant la guerre. Aujourd'hui je désire ajouter à nos premiers renseignements statistiques ceux qui ont été recueillis depuis, soit par nous, soit par nos collègues.

Pour la facilité et la clarté de notre exposé, nous grouperons ces renseignements sous la forme d'arguments et nous étudierons successivement les arguments de fréquence, d'accroissement, de précocité, d'abréviation de l'incubation et d'abréviation de la durée.

L'argument de fréquence répond à la question suivante : la guerre a-t-elle augmenté le nombre des cas de paralysie générale ?

Pour répondre nous devons comparer les statistiques du temps de guerre aux statistiques du temps de paix.

Dans un travail publié par MM. Magnan et Fillassier en 1913 (2), nous voyons que pour le service d'admission de l'Asile Sainte-Anne, la proportion des cas de paralysie générale par rapport à l'ensemble des cas d'aliénation chez les malades hommes a été, de 1896 à 1911, de 16,46 p. 100 en moyenne.

Ces auteurs ajoutent le commentaire suivant : « La paralysie générale est en voie de croissance... Nos chiffres sont en dessous de la réalité : beaucoup de paralytiques généraux à la première période, où les troubles mentaux sont peu accusés, se trouvent rangés

(1) Suite et fin. — V. les *Annales* de mai-juin 1918, p. 415.

(2) Institut international de statistique. XIV^e session, septembre 1913. Rapports, n° 40.

dans le cadre des maniaques; de même ils se livrent parfois à des excès de boisson et arrivent à l'asile en présentant des symptômes d'alcoolisme qui marquent l'état sous-jacent. »

Confirmant l'opinion de M. Magnan sur la tendance à l'accroissement de la paralysie générale, les statistiques du service de l'admission de Sainte-Anne donnent les pourcentages suivants :

En 1912.	22,71 p. 100
En 1913 (1).	26 —
En 1914 (jusqu'à juillet).	25,52 —
— après juillet.	26,6 —

Dans un travail de M. Duclos, fait dans le service du D^r Rogues de Fursac, à Ville-Evrard, cet auteur signale que la proportion des paralytiques généraux dans ce service était « en 1912-1914 de 38 p. 100, celle-ci étant un peu plus forte toutefois que la moyenne ordinaire, 18 à 20 p. 100 ».

Afin d'avoir un autre terme de comparaison que des statistiques de milieux urbains, nous avons demandé à notre collègue le D^r Naudascher, médecin de l'Asile de Pau, les chiffres des Hautes-Pyrénées. La proportion de paralytiques généraux hommes y est, pour 1913, de 12,37 p. 100.

En résumé, la proportion de 15 p. 100 admise communément pour les paralytiques généraux il y a déjà longtemps et à une époque où l'accroissement de l'affection ne s'était pas encore aussi nettement manifesté que dans les dix ou quinze dernières années est certainement inférieure à la réalité.

Voyons maintenant les statistiques du temps de guerre, d'abord celles des centres de psychiatrie où sont confondus grands et petits mentaux, ensuite celles des services d'asile où ne figurent que les grands mentaux.

(1) C'est par erreur que nous avons rapporté aux hommes seuls la proportion de 20 p. 100 qui se rapportait aux hommes et femmes réunis, dans notre intervention à la *Société clinique de médecine mentale*, du 7 juillet 1917.

Centres de psychiatrie (grands et petits mentaux).

	Nombre de malades mentaux.	Nombre de paralytiques généraux.	Propor- tions.
MM. Briand et Delmas :			
Centre de psychiatrie du Val- de-Grâce	8.590	406	4,72 p. 100
M. Dumas (1) :			
Centre d'armée.	1.100		3 —
M. Damaye (2) :			
Centre d'armée.	908	32	3,51 —
Centres de psychiatrie de 4 ^e , 5 ^e , 10 ^e , 12 ^e , 15 ^e , 16 ^e et 17 ^e régions :			
Rapports d'octobre 1917 (3).	518	23	4,44 —
Rapports de février 1918. .	388	12	3 —
Rapports de mars 1918. . .	338	16	4,72 —

*Services d'asile militarisés (malades internés).**Asile de Ville-Evrard (Dr R. de Fursac) :*

Entrants du 25 mai 1915 au 25 mai 1917 (4). . .	958
Paralytiques généraux.	126
Proportion.	13,15 p. 100

Malades présents au 1 ^{er} décembre 1917 (4). . .	300
Paralytiques généraux (dont 1 douteux). . . .	28
Proportion.	9,03 p. 100.

Asile de Villejuif (Dr Colin) :

Entrants jusqu'à juillet 1917 (1).	1.100
Paralytiques généraux.	150
Proportion.	13,63 p. 100.

Malades présents au 1 ^{er} janvier 1918 (5). . . .	158
Paralytiques généraux (dont 2 douteux)	17
Proportion.	10,75 p. 100.

En dehors des documents précédents qui rapportent

(1) *Revue de Paris*, 1916-1917.

(2) *Le Progrès médical*, avril 1918.

(3) Nous n'avons communication des rapports des centres de psychiatrie que de façon très irrégulière et très intermittente.

(4) *Société clinique de médecine mentale*. Numéro spécial de guerre, décembre 1917.

(5) États de situation communiqués à la Direction du Service de Santé de Paris.

des chiffres statistiques complets permettant de donner un pourcentage précis, il en est d'autres que nous rappelons succinctement.

M. Cruchet, dans la discussion du rapport de M. Pactet sur la réforme de la paralysie générale, indiquait que sur un chiffre total de 2.053 malades observés par lui dans des centres neuro-psychiatriques de l'avant, il y avait 540 *grands mentaux* et parmi eux 39 paralytiques généraux. Il est vrai que M. Cruchet ajoute qu'il n'aurait signé l'internement que pour un tiers de ceux qu'il appelle pourtant de « *grands mentaux* ». Mais M. Cruchet est surtout neurologue.

Dans la littérature étrangère, nous avons relevé l'opinion de trois auteurs différents qui donnent respectivement les proportions de 6 p. 100, 3,5 p. 100, et 3 p. 100 comme fréquence de la paralysie générale depuis la guerre. Le premier d'entre eux conteste formellement l'abréviation de l'incubation qui avait été signalée dans la guerre russo-japonaise.

Trois autres auteurs ne donnent pas de chiffres statistiques, mais admettent seulement du fait de la guerre l'accélération de l'évolution dans quelques cas.

Tels sont les documents que nous avons pu recueillir jusqu'à l'heure actuelle sur la fréquence de la paralysie générale pendant la guerre. Leur importance nous paraît suffisante pour répondre à l'objection suivante, qui nous a été faite par M. Arnaud. « Je crois exprimer le sentiment général en disant l'étonnement qui m'a saisi de voir M. Delmas appuyer des conclusions aussi fermes sur les bases d'une statistique aussi limitée que la sienne... »

M. Arnaud ne se rend certainement pas compte de l'importance du Centre de Psychiatrie du Val-de-Grâce. Nous connaissons le chiffre des lits installés en France pour les malades psychiatriques, suivant les différentes régions. Sans nous croire autorisé à les reproduire ici, nous pouvons cependant affirmer que les malades mentaux qui passent dans le Centre du Val-de-Grâce représentent très approximativement 40 p. 100 des malades militaires mentaux de notre pays. Au point de vue relatif, la statistique du Val-de-Grâce a donc une importance qui nous paraît considérable.

Au point de vue absolu, je rappelle que la critique de M. Arnaud s'est produite au moment où nous apportions, d'une part, la statistique du Val-de-Grâce relevée jusqu'au mois de mai 1917 et comprenant dès ce moment 5.871 malades mentaux parmi lesquels 284 cas de paralysie générale, d'autre part la statistique du D^r Dumas portant sur 1.100 malades mentaux avec une proportion de 3 p. 100 de paralytiques généraux.

Aujourd'hui, la statistique du Val-de-Grâce s'est élevée à 8.590 malades mentaux, parmi lesquels 406 paralytiques généraux, et le total des chiffres statistiques produits plus haut par nous donne 15.953 malades mentaux, parmi lesquels 765 cas de paralysie générale.

M. Arnaud s'était montré sévère dans sa critique. Aujourd'hui, il serait injuste s'il y persévérait.

Je voudrais également répondre à une statistique qu'a apportée M. Mignot dans la dernière séance et qui n'a pas été sans produire ici une grande impression.

Cette statistique est extraite de l'Annuaire statistique du ministère du Travail. Nous en donnons les chiffres qui nous intéressent.

Années.	Folie simple et épileptique.	Folie paralytique.
1871.	33.448	6.450
1872.	33.301	6.896
1873.	34.106	7.768
1874.	35.146	7.927
1875.	39.220	4.386
1876.	40.769	4.675
1877.	41.211	4.490

M. Mignot, ayant produit ces chiffres, ajoutait : « En 1875, alors que l'influence de la guerre cesse de se faire sentir, le nombre des paralytiques généraux tombe à 4.386 pour ne plus progresser que d'une façon insensible et se stabiliser dès lors aux environs de 5.000. »

M. Mignot et moi-même avons prié notre collègue M. Fillassier, rompu à toutes les recherches des dossiers statistiques administratifs, de vouloir bien vérifier tous les renseignements ou commentaires ayant trait à cette statistique. Or, voici la trouvaille inattendue et intéres-

sante qu'a faite M. Fillassier, dans le commentaire publié dans un autre volume.

« 1875. — Folie paralytique : 4.386 au lieu de 7.927 en 1874. Cette diminution brusque s'explique par ce fait qu'en 1875, on a mis dans la catégorie de « folie simple » un certain nombre d'épileptiques qui figuraient jusqu'alors dans les « folies paralytiques. »

Evidemment M. Mignot a lu exactement, et de très bonne foi, la statistique telle qu'elle était écrite et ce n'est pas sa faute, si une astérisque ou un renvoi quelconque ne signalait pas le changement apporté dans la classification.

Mais si les chiffres, pris dans leur première forme inexacte, ont paru à M. Mignot établir une plus grande fréquence de la paralysie générale du fait de la guerre de 1870-71, j'ai bien le droit de dire à mon tour que les chiffres, une fois légitimement rectifiés, indiquent au contraire qu'il n'y a pas eu d'augmentation saisissable de la paralysie générale du fait de la guerre de 1870-71.

Je pense pouvoir terminer cette discussion sur la fréquence de la paralysie générale pendant la guerre, par la conclusion suivante : les statistiques recueillies jusqu'à l'heure actuelle ne montrent pas, après près de quatre ans de guerre, qu'il y ait eu une augmentation des cas de paralysie générale.

J'en arrive maintenant au deuxième argument, l'argument d'accroissement.

Cet argument peut ainsi s'énoncer : Si la guerre a une part dans l'éclosion de la paralysie générale, sa prolongation doit rendre la fréquence de l'affection de plus en plus grande, d'année en année.

Voyons ce que nous indiquent les chiffres.

Fréquence de la paralysie générale :

1° Au service central de Psychiatrie du Val-de-Grâce, service ouvert (total des malades : 8.590).

		p. 100.		p. 100.
En 1915.	Hommes de troupe.	3,6	Officiers.	11,4
En 1916.	— —	5,4	—	13,6
En 1917.	— —	4,45	—	8,1
En 1918.	— —	4,92		

2° Au service du D^r Rogues de Fursac, à Ville-Evrard, service fermé d'asile (total des malades : 958):

En 1915	15 p. 100
En 1916	12 —
En 1917	12,5 —

Le professeur Cestan, médecin-chef du Centre neuro-psychiatrique de la IX^e région, s'exprime ainsi (1):

« ... Voici ce qu'a montré mon expérience personnelle basée sur les résultats de la direction scientifique pendant trente mois d'un gros Centre neuro-psychiatrique, qui a fait passer sous mes yeux plus de 8.000 blessés ou malades nerveux et mentaux. Or :

« 1° Je n'ai pas vu augmenter le nombre de paralysies générales vraies ;

« 2° Je n'ai pas trouvé parmi les paralytiques généraux vrais, un cas évident où le traumatisme crânien pût être invoqué... »

Les seules constatations discordantes sont rapportées par M. Mignot, qui indique les proportions suivantes :

En 1914-1915.	19 p. 100
En 1916.	29 —
En 1917.	34 —

Les constatations de M. Mignot portent sur un total de malades de 792, bien inférieur par conséquent aux chiffres des observateurs précédents qui sont contraires à tout accroissement.

L'argument de précocité se rapporte au fait que la guerre aurait dû, si elle jouait un rôle particulier dans l'éclosion de la paralysie générale, augmenter la fréquence des formes juvéniles déjà assez souvent rencontrées dans la pratique du temps de paix.

Au Centre de psychiatrie du Val-de-Grâce, nous avons observé un cas de forme précoce développée chez un sujet de 26 ans. Toutefois, le malade n'avait pas été au front.

Voici des chiffres donnés par différents auteurs.

M. Lantier a vu 3 cas au-dessous de vingt-sept ans, sur 150 malades, soit une proportion de 2 p. 100.

(1) La discussion du rapport de M. Pacet. *Bulletin de la Société clinique de Médecine mentale*, décembre 1917.

M. Duclos indique que 11,15 p. 100 de ses malades ont été internés avant trente et un ans.

M. Pactet cite 6 cas au-dessous de trente-deux ans sur 36 malades, soit une proportion de 16,66 p. 100.

Nous donnons, à titre de comparaison, le relevé de la statistique du service de l'admission de Sainte-Anne pour l'année 1913 :

Age de début.		Proportion.
Avant 27 ans.	19 cas sur 316 paral. génér. (1).	6,01 p. 100
Avant 31 ans.	46 — — —	14,55 —
Avant 32 ans.	59 — — —	18,66 —

M. Duclos signale, en outre, que pour ses malades l'âge de début moyen est de trente-six ans pour les hommes ayant fait campagne, de quarante ans pour les autres. Il se hâte d'ajouter que cette différence peut s'expliquer par la présence à l'intérieur des hommes des vieilles classes.

On sait que la paralysie générale, sauf exception très rare, ne se développe que dix ans au moins après le chancre initial. La guerre a-t-elle avancé la date d'éclosion? C'est là l'argument de l'abréviation de l'incubation.

En ce qui concerne notre expérience personnelle nous pouvons affirmer que toutes les fois où nous avons pu avoir des renseignements sur la date de l'infection primitive, l'incubation a toujours été d'au moins dix ans.

M. Duclos a relevé la durée moyenne de l'incubation chez ses malades. Elle a été de douze ans chez 15 soldats ayant fait campagne, et quatorze ans chez 16 soldats n'ayant pas fait campagne. La différence nous paraît minime. Il faudrait d'ailleurs qu'elle se retrouve dans d'autres statistiques et toujours dans le même sens, pour qu'on puisse en tirer une indication.

A l'argument d'accélération se rapportent les faits en faveur d'une abréviation de la durée d'évolution de la paralysie générale de guerre.

(1) Dans ces 316 cas de paralysie générale ne figurent que les malades n'ayant pas dépassé cinquante ans.

Les formes rapides, que Trélat a déjà décrites il y a longtemps, sous le nom de formes galopantes, sont considérées comme particulièrement fréquentes par M. Mignot (1) qui signale 7 cas d'évolution inférieurs à un an sur 17 officiers ayant fait campagne, alors qu'il n'a observé qu'un cas d'aussi courte durée sur 16 officiers n'ayant pas pris part à la guerre.

Les chiffres de Duclos sont à ce point de vue beaucoup moins démonstratifs.

Sur 126 paralytiques généraux, il y avait en, au moment de la communication de M. Duclos, 30 décès, soit un quart des cas.

Sur 61 paralytiques généraux *ayant fait campagne*, l'évolution a été rapide dans 11 cas, soit pour 18,03 p. 100 *des cas*.

Sur 65 paralytiques généraux, *n'ayant pas fait campagne*, l'évolution a été rapide dans 19 cas, soit pour 29,20 p. 100 *des cas*.

Il est vrai que chez les premiers la durée moyenne n'a été que de huit mois, tandis que chez les seconds elle a été de onze mois.

Dans le même service « en 1912-1914, chez les civils de l'asile, l'évolution était également rapide dans un quart des cas, sa durée moyenne était d'un peu plus de dix mois ».

Tel est l'ensemble des documents que nous avons pu recueillir jusqu'ici. Ils ne sont pas définitifs. Il sera nécessaire de les compléter au jour le jour et pendant assez longtemps encore après la fin de la guerre. Pour notre part, nous n'y manquerons pas.

Avant de conclure, nous tenons à insister sur la distinction qu'il convient de faire et que nous faisons, d'une part, sur la question pratique de la réforme des paralytiques généraux, d'autre part sur la question d'ordre purement médical des rapports de la paralysie générale et de la guerre.

Sur la première question, nous ne sommes nullement ennemis de l'octroi de la réforme n° 1 aux paralytiques généraux. Nous l'avons expressément dit dans notre première intervention que nous citons à nouveau ici :

(1) *Société clinique de Médecine mentale*, décembre 1917.

« J'ai posé à tous ceux de mes collègues que j'ai rencontrés la question suivante : « Connaissez-vous une maladie qui soit plus éloignée des faits de guerre que la paralysie générale ? » Aucun n'a pu me répondre affirmativement. Je pose à nouveau la même question et s'il ne peut y être répondu affirmativement, il en résulte à l'évidence, ou bien que nous ne devons pas admettre la responsabilité de la guerre dans les cas de paralysie générale ou bien que toute discussion médicale devient superflue et qu'il n'y a qu'à considérer comme imputable au service toute maladie survenue chez un mobilisé. »

« Je ne suis d'ailleurs nullement hostile à cette dernière conclusion qui, si elle n'est plus d'ordre médical, a au moins le mérite d'être logique. »

Les mots que je souligne dans le texte furent accueillis par des applaudissements qui prouvaient qu'un grand nombre de nos confrères étaient partisans de cette solution. Mon maître, M. le principal Briand, la défend aussi dans le rapport mensuel du Centre de psychiatrie du Val-de-Grâce (décembre 1917). « La paralysie générale n'a donc pas, à notre avis, augmenté du fait de la guerre; nous serions même assez disposés à admettre qu'elle est, de toutes les maladies mentales, la moins imputable à la guerre. Est-ce à dire que nous refusons le bénéfice d'une indemnité aux paralytiques généraux ? Telle n'est pas notre pensée. Nous estimons simplement qu'il serait préférable d'appliquer aux paralytiques généraux militaires la fiction juridique du « contrat forfaitaire » considéré comme implicitement intervenu entre le patron et son ouvrier victime d'un accident du travail et en vertu duquel on peut dire au patron : « Vous reconnaissez que votre ouvrier se trouvait avant son accident en état de travailler puisque vous l'avez embauché; aujourd'hui vous ne pouvez nier que sa capacité est diminuée du fait de son accident: donc, vous êtes responsable de cet accident qui ne lui permet plus de fournir la somme de travail qu'il fournissait antérieurement. »

... « En se plaçant sur le terrain du contrat forfaitaire, la réforme n° 1 des paralytiques généraux serait mieux justifiée qu'elle ne l'est actuellement; car, en admet-

tant l'influence du fait de guerre, il n'existe aucun critérium permettant de dire sérieusement, avec preuve à l'appui, que tel paralytique général doit être réformé n° 1 et que tel autre n'a droit qu'à la réforme n° 2. »

Cela dit sur la question pratique de la réforme des paralytiques généraux, nous revenons à la question des rapports de la paralysie générale et de la guerre et nous croyons pouvoir conclure à ce sujet, comme nous l'avions fait lors de notre première intervention en juillet 1917, en affirmant qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de faits concernant soit la fréquence de la paralysie générale, soit la durée de son incubation, soit enfin l'apparition de formes juvéniles qui permette d'incriminer les faits de guerre dans le développement de la paralysie générale.

DISCUSSION

M. H. COLIN. — Pourtant la statistique apportée par M. Mignot conserverait un certain intérêt si l'on pouvait en comparer les chiffres avec ceux qui ont trait aux années antérieures à 1870.

M. FILLASSIER. — Malheureusement je n'ai pas retrouvé ces chiffres. Quant à la circonstance qui rend la statistique en question inutilisable pour le débat actuel, elle m'a été révélée par la lecture d'un commentaire beaucoup moins répandu que la statistique elle-même et que M. Mignot ne pouvait connaître.

M. VIGOUROUX. — Comme M. Delmas, j'ai l'impression que les fatigues et les émotions de la guerre n'ont pas sur l'apparition de la paralysie générale l'influence néfaste qu'on était en droit d'attendre. Mais ce n'est qu'une impression, et mon opinion n'aura pas été affirmée par l'appoint de statistiques, portant même sur des nombres élevés. Il n'est pas possible de comparer les statistiques des centres de neuro-psychiatrie de l'avant ou de l'intérieur (qui le plus souvent sont des services de triage, où les diagnostics doivent être énoncés avec une grande circonspection, surtout quand ils comportent un pronostic grave) avec les statistiques des services de traitement où le médecin peut pendant des mois suivre ses malades et rectifier ses diagnostics.

Que de fois, à Vaucluse, n'ai-je pas reconnu paralytique général tel malade que le service de l'admission m'avait transféré avec un diagnostic d'attente, affaiblissement intellectuel ou confusion mentale!

Enfin, en ce qui concerne la constatation actuelle, que nous signale M. Colin, de cas de paralysie générale juvénile ou de paralysie générale à évolution rapide, je me permets de rappeler que souvent, en temps de paix, la loi des séries nous a fait observer simultanément plusieurs cas de paralysie générale juvénile ou de paralysie générale à marche aiguë.

M. MIGNOT. — Il n'en reste pas moins que mes recherches personnelles portent sur 800 cas.

M. ARNAUD. — Au Val-de-Grâce, M. Delmas a opéré sur un service de triage par où passent de nombreux malades qui ne figureront jamais parmi les entrants des asiles.

M. DELMAS. — C'est évidemment ce qui explique la très faible proportion des paralytiques généraux, et c'est pourquoi j'ai cherché dans d'autres milieux.

M. LAUTIER. — Je n'ai pas l'intention, Messieurs, de répondre à chacune des critiques que M. Delmas a adressées à ma communication. Pour cela, il serait nécessaire de refaire en entier cette communication et ce serait abuser de vos instants.

Je veux simplement exprimer ma surprise au sujet du ton sur lequel M. Delmas m'a répondu. Il l'a fait avec une violence que l'on n'a pas accoutumé de rencontrer dans les discussions des sociétés savantes. Je me suis cru devant un examinateur sévère, armé de sa férule.

M. Delmas paraît croire que ma critique d'une statistique médicale s'adresse exclusivement à lui, que c'est, non pas une communication à la Société médico-psychologique, mais une lettre ouverte à M. Delmas. Souvent les critiques qu'il m'adresse sont précédées des mots : « On n'a pas le droit de dire... » Dans d'autres cas, il affirme qu'on ne comprend pas mon argument.

Or, si M. Delmas ne comprend pas, peut-être aurait-il dû attendre la publication *in extenso* de mon travail, et ne pas en faire la critique d'après un résumé forcément succinct et incomplet.

C'est justement parce que mon contradicteur s'est contenté de ce résumé, qu'il relève certains détails de ma communication et qu'il y fait des réponses que j'avais déjà prévues dans mon texte *in extenso* et auxquelles j'avais moi-même répondu.

Aussi, je me permets d'assurer que M. Delmas n'a pas détruit la valeur de mes critiques. Le seul fait que le nombre des paralytiques généraux est infiniment moins grand dans les services militaires que dans les services civils, proportionnellement au nombre total des malades, montre, comme on ne peut attribuer à la guerre un rôle prophylactique contre la paralysie générale, que ce sont là deux ordres de chiffres qu'il est absolument impossible de comparer, et c'est là ce que j'avais voulu démontrer.

Dipsomanie avec épilepsie par hérédoolcoolisme.

Présentation de malade.

Par MM. LAIGNEL-LAVASTINE et G. NOGUÈS.

Nous avons l'honneur de présenter à la Société un dipsomane, dont l'analyse clinique a pu être poursuivie pendant plusieurs semaines par l'un de nous.

G... a vingt-neuf ans. Il est commerçant en gros d'objets de toilette et de parfumerie, à Paris.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père alcoolique, persécuté-persécuteur, mort paralytique à soixante-sept ans, après douze ans d'hémiplégie droite.

Mère, soixante-seize ans, paralytique depuis huit ans.

ANTÉCÉDENTS COLLATÉRAUX. — Cinq frères; l'aîné mort tuberculeux à vingt-huit ans; les quatre autres, vivants, présentent des accidents graves attribués à la syphilis.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Convulsions dans l'enfance; coqueluche, rougeole; bronchite à dix-sept ans.

A la sortie de l'école, G... entre comme placier en parfumerie chez son frère qui, après mauvaises affaires, lui céda au bout de quelques mois son commerce. G... prend sous sa direction un autre de ses frères, ingénieur-chimiste, et dirige depuis lors la maison, qui prospère.

Ajourné à vingt et un ans pour une de ces affections cardiaques spécialement mises en valeur par les conseils de revision du temps de paix et dont on ne retrouve que rarement des

traces depuis le début de la guerre, G... se marie à vingt-deux ans, mariage d'amour, avec la fille d'une de ses ouvrières. Jusqu'alors, rendu très craintif par l'exemple de ses frères qu'il sait être avariés, il n'a jamais eu de rapports sexuels avec une femme, mais il se masturbe méthodiquement. Dès les premiers jours de son mariage, G... fait preuve d'une salacité extrême, pathologique, dont il ne s'est jamais départi; la résistance qu'y oppose sa femme est à l'origine de certaines de ses fugues.

La première d'entre elles date d'avril 1910. Mais auparavant, deux accidents doivent être relatés sur la nature desquels il nous a été bien difficile d'être fixés jusqu'à leur répétition, toute récente, dans le service. En décembre 1909 G..., commerçant travailleur et très averti, dont l'activité débordante et la perspicacité font l'étonnement de tous les siens, sort un soir de chez lui à 6 heures pour un rendez-vous d'affaires et se retrouve le lendemain matin couché dans une salle de l'hôpital Saint-Louis, où il avait été admis d'urgence, la veille au soir, à 6 h. 1/2, ayant été ramassé sur le trottoir « dans le coma », dit-il; quarante-huit heures de séjour à l'hôpital sans traitement et sortie avec un diagnostic inconnu.

Environ trois mois après (mars 1910), G..., rentrant chez lui un soir, perd brusquement connaissance en montant l'escalier, tombe la tête en avant dans un vitrage; il est transporté à Saint-Louis, où il ne reprend connaissance que le lendemain matin.

Sortie après trois jours d'hospitalisation avec un diagnostic de « crises comitiales », dont G... ne s'explique pas la valeur.

Le médecin de la famille, consulté quelques jours plus tard, dit « hystérie » à laquelle il attribue les changements d'humeur, les périodes d'irritabilité que l'on commence à observer chez G... Le pharmacien dit dipsomanie.

Jusqu'alors, le malade l'affirme, et tous autour de lui corroborent ses dires, G... ne s'est jamais livré à aucun excès de boisson; il va au café comme tout le monde, dit-il, mais rarement en dehors de rendez-vous d'affaires et ne prend jamais plus d'une consommation, qu'il choisit assez indifféremment d'ailleurs.

Mais peu à peu, dès les premiers mois de 1910, aux périodes d'irritabilité et de salacité plus marquées, plus difficilement contenues, correspondent quelques jours pendant lesquels on observe à la table de famille, où il n'est servi que de la bière, que G... boit beaucoup plus que de coutume.

Lorsqu'on lui en fait la remarque une première fois, il répond qu'en effet il est très altéré et n'arrive pas à étancher sa soif.

En avril 1910, un mois environ après sa seconde hospitalisation à Saint-Louis, G..., après une journée de soif, se perd

(c'est son expression) en faisant une tournée de clientèle et se retrouve cinq jours après, couché dans un lit d'une chambre d'hôtel, rue de Malte. Depuis cette époque jusqu'en septembre 1914, G... commet une fugue, environ tous les vingt-cinq jours.

En septembre 1910, au vu de certificats délivrés par l'hôpital Saint-Louis, il avait été réformé pour « crises comitiales ».

En septembre 1914, désespérant de guérir, quoiqu'il n'ait jamais rien fait pour se soigner, poussé par son père et une belle-mère intéressée, la désunion se mettant dans son ménage, car tous autour de lui le prennent pour un ivrogne incapable de résister à son vice, G... contracte un engagement pour « en finir », dit-il.

Son état général précaire et une éruption cutanée indéterminée le font verser dans une section d'infirmiers; il est désigné pour rejoindre la 15^e, à Marseille.

Première fugue de trois jours en y arrivant, qui passe inaperçue du commandement.

Deuxième fugue de deux jours, un mois après, pour laquelle il lui est infligé une punition. G... demande à être envoyé au front; satisfaction lui est donnée; il rejoint dans l'Oise un groupe de brancardiers de division marocaine.

Il commet deux fugues coup sur coup et grâce à l'intervention d'un aumônier, n'est pas mis en prévention de conseil de guerre, mais affecté à un régiment d'infanterie coloniale. Le soir de son arrivée, son bataillon attaque. G... veut se faire tuer; sous les balles, il sort de sa tranchée après l'attaque, ramasse un gradé blessé, est nommé soldat de 1^{re} classe, sur le champ de bataille et proposé pour une citation.

Le 2 mai, après quatre mois de vie de tranchées au cours desquels il a plusieurs pertes de connaissance, G... est légèrement blessé. Après une première hospitalisation à l'intérieur, il rejoint son dépôt à Marseille.

Dès son arrivée, il commet une fugue de huit jours. Envoyé au Centre neuro-psychiatrique pour observation et décision, G... est, de la part de M. Sicard, l'objet d'une proposition de réforme qui n'aboutit pas, le malade ayant été renvoyé à son dépôt par le médecin-chef de l'hôpital, à la suite d'une altercation qu'il eut avec un sous-officier.

Sur sa demande, G... est affecté au corps expéditionnaire de l'armée d'Orient; il part le 21 septembre 1915, pour les Dardanelles, de là à Salonique et sur le Vardar.

Après vingt mois de séjour, il est évacué pour paludisme, dysenterie, sciaticque gauche. Tous les mois, G... a eu, en Orient, soit une crise convulsive, soit une absence, qui est souvent précédée de sensation de striction de la gorge avec soif

intolérable. « Comme nous n'avions pas ou presque pas de vin, dit-il, je buvais n'importe quoi, de l'eau, des boissons fermentées, jusqu'à 8 et 10 litres : lorsque mon estomac était plein, je vomissais et je recommençais à boire jusqu'au moment où je perdais connaissance ou que je m'endormais. »

Après un séjour de quinze jours dans un hôpital de Nice, G... obtient une convalescence de quarante-cinq jours. Au vingtième jour de celle-ci, étant en tournée d'affaires, nouvelle fugue qui le fait se retrouver le lendemain matin dans un hôtel. Sans rentrer chez lui, G..., désespéré, regagne son dépôt à Marseille. En y attendant son départ pour le front, il commet encore, à dix-huit jours d'intervalle, deux autres fugues, qui durent cinq et six jours. Grâce à la complicité d'un sous-officier intelligent, G... échappe une fois de plus à la justice militaire et reçoit le conseil de profiter de la fin de convalescence qu'il n'a pas eue pour se faire hospitaliser à Paris. Il y arrive le 15 juin 1917 ; le soir même il tombe en crise rue de Rivoli et est hospitalisé au Val-de-Grâce. Du service de M. Dufour, il passe à celui de M. Janselme qui le reconnaît atteint de mononucléose à caractère paludéen. Nouvelles fugues au moment d'une présentation devant une commission de convalescence et de son admission dans le service de M. Babinski. Il est alors envoyé à la Croix-de-Berny pour y subir une peine disciplinaire infligée à la suite de cette dernière absence. Le Dr Benoît, mis au courant de son état par le malade, fait diminuer la peine et G... est de nouveau envoyé dans un service de paludéens, à Rueil ; il y commet deux fugues. A la suite de la seconde, qui dure huit jours, il est évacué sur le Val-de-Grâce avec enfin le diagnostic : « Accidents d'apparence comitiale, crises convulsives et états seconds ambulatoires ; à observer. »

C'est dans ce but qu'il nous fut envoyé, le 12 décembre 1917, à Maison-Blanche.

G... est un homme de taille moyenne, de poids normal et présentant un état général satisfaisant. La sensibilité cutanée et les réflexes tendineux sont normaux. Asymétrie faciale, myosis et énoptalmie gauche.

Le malade fait preuve d'intelligence et de mémoire. Il est très émotif. C'est en pleurant qu'il raconte ses fugues, le retentissement qu'elles ont sur sa vie privée, sa désespérance de guérir et ses craintes de ne pouvoir continuer son commerce.

Il accuse des insomnies, qu'il attribue à des érections et à des besoins génésiques, qui deviennent plus impérieux à l'époque de ses crises. Idées de jalousie très caractérisées. Lui-même, et il est le premier à attirer notre attention à ce sujet, fait une distinction très nette entre ses fugues et ses crises convulsives

dont il ne fait que soupçonner, avec terreur et menaces de suicide, la nature comitiale. Parmi les récits détaillés de ses différentes fugues, nous en relaterons deux ici qui nous semblent typiques.

Le 5 mars 1918, G..., qui a déjà commis une fugue de six jours en janvier, part en permission de vingt-quatre heures, accompagné jusque chez lui par un infirmier. On a observé, au moment de son départ, qu'il est très impatient et il dit à une infirmière : « Si on ne me donne pas mon titre bientôt, je pars seul ; je ne peux plus rester. » Le voyage se fait pourtant sans incident. En arrivant chez lui, G... est interpellé par sa femme qui lui dit en l'apercevant : « Tu es en crise ! je vois cela à tes yeux. Je parie que tu es parti sans permission. » Dénégations avec preuve à l'appui. G... reste chez lui tranquillement toute la soirée, il fait des comptes commerciaux, dîne, se couche et obtient de sa femme ce qu'il lui demande... Bon sommeil et départ dès le matin pour une tournée d'affaires au cours de laquelle il se rend compte qu'il est très bavard, très en train ; il fait deux clients nouveaux, rentre déjeuner chez lui ; il est très altéré, boit quatre ou cinq litres de bière et repart pour affaires. Inquiet de son excitation, il a peur de lui-même, évite de toucher le montant d'un chèque de 1.800 fr. dont il est porteur et rentre chez lui. Sa femme, à laquelle il dicte les commandes qu'il vient de prendre, le trouve très énervé. Tout d'un coup, G..., qui est assis à son bureau, se précipite vers la porte ; sa femme et sa belle-sœur veulent l'empêcher de sortir ; il les bouscule et part. Il se retrouve couché, le lendemain matin, dans un hôtel voisin de son magasin ; il se rend compte de sa fugue, constate qu'il n'a rien dépensé ; il est d'ailleurs peu abattu et encore assez altéré ; il n'a pas bu ; il s'habille calmement, rentre chez lui où il boit deux litres de tisane et part pour rejoindre Maison-Blanche ; en route, il boit encore un bock qu'il vomit et arrive dans le service très agité.

L'un de nous le voit deux heures après dans sa chambre : à demi déshabillé sur son lit, la face vultueuse, l'œil hagard, l'air navré et furieux ; la pièce est encombrée d'un fouillis de vêtements souillés d'urine et d'excréments ; des livres et des victuailles traînent par terre. G... se met à pleurer, il désespère de guérir, il veut être renvoyé au front pour se faire tuer.

Dans la soirée et la nuit, il a bu toute la provision de glycine du pavillon, 8 à 10 litres environ, et le lendemain, il ne se souvient pas que l'un de nous soit allé le voir dans sa chambre. Dans la journée le calme et la lucidité d'esprit lui reviennent.

La seconde fugue, que nous voudrions relater, est toute récente ; c'est la dernière.

Le 29 mars, G..., assis à table au réfectoire, pendant le repas du soir, pousse un cri, tombe par terre, tonus, clonus, bave abondante, miction d'urines, stertor; transporté sur son lit, il revient à lui au bout d'un quart d'heure environ et reste prostré pendant une heure. Puis tout à coup il se lève, l'air hagard, passe son pantalon, ses souliers et tente de sortir de sa chambre; on l'y maintient, on le recouche; il renouvelle la même tentative quelques minutes plus tard, prononce des mots incompréhensibles et finit par s'endormir. Le lendemain, 30 mars, G..., qui avait obtenu depuis deux jours l'autorisation d'aller chercher à Rouen sa mère infirme qui vient d'être évacuée d'Amiens, paraît suffisamment calme pour bénéficier de sa permission de six jours; il semble seulement très préoccupé de la nature de la crise qu'il a eue la veille. Il quitte l'hôpital, arrive chez lui, se conduit normalement jusqu'à l'heure des effusions conjugales, qui sur un refus non motivé de sa femme sont remises au lendemain. G..., bougon, dort mal. Au réveil, M^{me} C... prétexte la précipitation d'un départ prochain et se soustrait encore aux avances de son mari. « A Rouen », promet-elle. On y arrive sans encombre.

G... retrouve sa mère, passe plusieurs heures avec elle et dans l'après-midi rejoint sa femme, qui désire, avant toute autre chose, aller dans une église. G..., toujours très impatient et de plus en plus contrarié, l'y accompagne et rentre avec elle à l'hôtel; en montant l'escalier, il lui dit : « Je reviens », et part. « Depuis ce moment-là, dit-il, je ne me souviens de rien jusqu'au 5 mars où, dans la matinée, je me suis retrouvé au poste de police de la rue du Rendez-vous, où deux agents me voyant errer sur le cours de Vincennes, venaient de m'emmener. En fait, G... a quitté précipitamment sa femme dans l'après-midi du 31 mars à Rouen, il a pris le premier train pour Paris, emportant le billet de retour et les papiers d'identité de sa femme qui a toutes sortes de difficultés à rentrer dans la nuit à Paris. Le 1^{er} avril, vers 11 heures, G... rentre chez lui en état d'ébriété : il sent l'alcool et titube; il veut de l'argent et en réclame impérieusement. Sa femme essaie de le calmer et pour obtenir qu'il se couche, lui propose tout ce qu'elle lui refusait la veille. C'est en vain. G... saisit une paire de gros ciseaux et fracture le tiroir-caisse, prend l'argent qu'il contient et repart. Il réapparaît le 2 et le 3 dans la matinée à peu près dans le même état. « Il se tenait même mieux sur ses jambes et sentait moins l'alcool, mais il avait l'air triste et furieux qui me fait si peur », dit sa femme. Le 4, il ne revient pas chez lui, et le 5, il se retrouve au poste de police, d'où il est relâché lorsqu'il montre son titre régulier de permission; celle-ci expire le soir même et il rentre à l'hôpital.

Nous pourrions, sur ces deux exemples types, sérier les actes d'automatisme ambulatorio commis par G...

Les uns et les autres se répètent à intervalles de vingt-cinq jours environ. Dans tous les cas, l'humeur change quelques heures auparavant, c'est toujours par des manifestations d'excitation : besoin de mouvements, inquiétude, verbosité, irritabilité, excitation génésique et violences, jamais par des manifestations dépressives que s'annonce l'accès.

Suivant un premier mode, celui du premier exemple, le malade commence par éprouver une sensation de striction au niveau de la gorge, suivie d'une soif ardente, qui persiste après l'ingestion de quantités considérables de n'importe quel liquide (il est arrivé qu'au cours d'un repas chez lui G... absorba 8 litres de tisane de queues de cerises); il boit alors jusqu'à intolérance du tractus gastro-intestinal, et sous l'influence de l'alcool, ou n'ayant bu que de l'eau ou des tisanes, il fait brusquement un état second. C'est le cas de la première fugue. G... n'avait pas bu d'alcool ni de vin, et il n'en but pas au cours de sa fugue. Il ne dépensa rien. C'est là, à notre avis, une fugue en état second hystérique.

Dans notre second exemple, quarante-huit heures après une crise épileptique, suivie d'obnubilation et de dépression, G..., complètement revenu au calme et irrité par les refus réitérés de sa femme, parti furieux, se livre à des actes d'onanisme répétés et se met à boire pour oublier le sujet de ses peines. « Alors, j'ai conscience que je ne peux pas résister à l'envie de prendre la cuite libératrice », dit-il.

C'est au cours des fugues de ce second genre qu'il réapparaît chez lui pour se munir d'argent qu'il dépense largement, se montre ivre, titubant. « Dans ces crises-là, spécifie sa femme, tous les boutons de sa braguette sont arrachés et son pantalon est souillé de sperme. »

N'est-ce pas là une fugue impulsive de dipsomanie déclanchée par une cause affective?

En résumé, on relève chez ce fugueur quatre ordres de troubles : des accès de dipsomanie, des fugues, des crises convulsives, un caractère anormal.

1. Les *accès de dipsomanie*, variables dans leurs détails, selon leurs causes occasionnelles, le milieu où ils se déclanchent et le liquide bu, sont semblables dans leur fond et se présentent essentiellement comme des *épisodes impulsifs*.

2. Les *fugues* sont multiples et variées : les unes conscientes et motivées sinon légitimes, les autres inconscientes et en raptus, mais en général avec prodromes.

3. Des *crises convulsives* de G..., certaines — celle du moins que nous avons vue — sont *épileptiques*.

4. Le caractère de G..., avec sa variabilité d'humeur, ses excès, sa jalousie, sa salacité, son hypocondrie, est celui d'un *déséquilibré constitutionnel*.

Il nous semble donc qu'on puisse interpréter les fugues de G... de la manière suivante : les conscientes dépendraient simplement de la déséquilibration mentale; les inconscientes, en état second, sont de l'automatisme ambulateur. Cet automatisme est-il épileptique ou hystérique?

En faveur de la première hypothèse, il y a la concomitance de crises épileptiques; mais ce que nous avons vu de cet automatisme ambulateur ne nous a pas paru assez brusque, assez irrésistible, assez inactuel, assez mécaniquement fatal, pour nous permettre d'affirmer l'épilepsie.

En faveur du caractère hystérique de cet automatisme ambulateur nous ferons remarquer non seulement pendant l'état second la persistance de l'adaptation sociale relative du sujet, mais avant son accès, la sensation de striction à la gorge, les précautions qu'il prend contre lui-même (le chèque qu'il ne touche pas de peur de le dépenser), ensuite ses pleurs, ses regrets, la dramatisation de son attitude. La coïncidence de crises épileptiques et d'accès de dipsomanie ne nous paraît pas non plus à elle seule un argument suffisant pour faire de la dipsomanie dans ce cas un épisode épileptique, selon la théorie allemande de Kraepelin (1), Aschaffenburg (2), Gaupp (3). Bien plus conforme à notre observation est l'opinion de Magnan (4), qui enseignait que seule l'histoire complète du malade permettait d'interpréter l'épisode impulsif comme un syndrome épisodique de déséquilibration constitutionnelle.

Epilepsie, hystérie, dipsomanie, ne sont ici que les

(1) Kraepelin. *Psychiatrie*.

(2) Aschaffenburg. *Arch. f. Psych.*, 1895, 27, p. 955.

(3) Gaupp. *Dipsomanie*. Ié a, 1901.

(4) Magnan. *Leçons cliniques sur la dipsomanie*, recueillies par M. Briand. *Progrès médical*, 1884, et *Leçons clin. sur les mal. ment.*, 2^e éd., p. 89-154.

trois branches d'un même tronc, la dystrophie cérébrale par hérédité morbide : l'hérédité alcoolique (1).

Le père avait mangé des raisins verts; l'enfant en a en les dents agacées.

La séance est levée à 6 h. 1/4.

Le secrétaire des séances,

P. JUQUELIER.

SÉANCE DU 27 MAI 1918

Présidence de M. H. COLIN, président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. André-René Gilles, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant;

2° Une lettre de M. Damaye, médecin adjoint de l'asile de Bailleul (Nord), qui pose sa candidature au titre de membre correspondant : — Commission : MM. Briand, Dupain et Ritti, rapporteur.

La correspondance imprimée comprend un compte rendu de la séance du cinquantenaire de la Société de médecine légale de France.

Réformes de déments précoces,

par M. J. CAPGRAS, médecin en chef des asiles d'aliénés de la Seine, médecin-major de 2^e classe au Centre neuropsychiatrique de la 5^e région.

(1) L'hérédité alcoolique est très fréquente chez les dipsomanes. Perelmann insistait avec raison sur cette notion dans son excellente revue sur la dipsomanie, parue peu avant la guerre (*Encéphale*, juin 1914).

On a, jusqu'à présent, fort peu parlé de la réforme des déments précoces. Contrairement à celle des paralytiques généraux, ne prêterait-elle donc à aucune discussion? Ce silence ne provient-il pas plutôt de l'incertitude qui règne encore sur l'étiologie et les limites de ce syndrome mal nommé et mal défini qu'est la démence précoce? On ne construit pas sur le sable mouvant, on ne peut donc établir de règle fixe à propos d'une psychose qui pour les uns se circonserit à l'hébéphrénocatatonie, et pour les autres s'étend, avec la démence paranoïde, à presque tous les délires systématisés. Sage réserve assurément, si l'on veut s'abstenir de toute conception dogmatique prématurée, mais dont il faut sortir, dans la pratique d'aujourd'hui, pour émettre des conclusions médico-militaires appropriées, ne lésant pas plus les intérêts des malades que ceux de l'Etat.

Or, quelle idée directrice suit-on quand il s'agit de choisir une catégorie de réforme pour un dément précoce? Faut-il s'attacher à connaître l'influence qu'ont pu exercer sur l'apparition du trouble mental les fatigues de la campagne, les émotions, les commotions, les blessures? Ou bien existe-t-il, quels que soient ces facteurs initiaux, certains caractères de la maladie qui permettent de trancher la question? Cette dernière opinion a prévalu auprès d'aliénistes et de neurologistes qui paraissent admettre que la démence précoce peut être révélée mais non aggravée par le service militaire. Voici, semble-t-il, les raisons qui les ont guidés.

Depuis les descriptions remarquables du professeur Régis, dans son *Précis de psychiatrie*, on abandonne la doctrine unitaire de Deny, de Sérieux et de leurs élèves qui, d'accord avec les faits, considèrent la démence précoce comme une maladie acquise, accidentelle, plus ou moins favorisée par une prédisposition dont nous ne savons pas encore la nature et le rôle. Actuellement, on scinde cette affection en deux autres d'apparence identique, mais d'origine très différente : la démence précoce proprement dite et la confusion mentale chronique, la première psychose dégénérative des jeunes gens, la seconde psychose toxico-infectieuse. Cette division, grosse de conséquences puisqu'elle réduit la démence précoce à une maladie exclusivement constitu-

tionnelle, prend pour base une pathogénie d'ordinaire indiscernable. En outre, elle est inapplicable ou décevante dans la clinique, si l'on n'envisage que le syndrome lui-même. Les travaux de Toulouse et Damaye sur la démence vésanique, ceux de Joffroy et Mignot sur la paralysie générale ont montré que le symptôme capital, la démence, n'est pas, du moins au début, un déficit global et définitif des fonctions psychiques, mais un trouble variable ou permanent de l'attention, de la synthèse mentale, bref, un état confusionnel. D'autre part, la suggestibilité, le négativisme, les stéréotypies, les catatonies, les impulsions, les hallucinations se retrouvent, avec les mêmes caractères, dans les deux groupes que l'on cherche à séparer. Aussi bien pour Régis, dans la 3^e édition de son *Précis*, confusion mentale chronique et démence précoce étaient synonymes, et Rogues de Fursac, dans la 5^e édition de son *Manuel*, oppose à leur différenciation des arguments décisifs.

Eh bien ! malgré l'inanité du diagnostic, c'est sur ce dualisme purement théorique que l'on se fonde pour attribuer aux malades soit la réforme n° 1, soit la réforme n° 2. En effet, dans l'étude, si claire et si documentée, du professeur Lépine sur les *Troubles mentaux de guerre*, au chapitre des catégories justiciables de la réforme n° 2, on lit, entre autres énumérations : 1° la confusion mentale chronique, quand elle n'est pas consécutive à un fait de guerre ; 2° la démence précoce, sans restriction. Voilà donc les déments précoces formellement exclus de la réforme n° 1, quels que soient les faits de guerre à leur actif. Seule la confusion mentale chronique peut avoir été influencée par le service militaire ; la démence précoce, jamais, succéderait-elle même à une grave blessure de la tête.

Et ce n'est point là, de ma part, une interprétation outrée. C'est la simple constatation des faits. Je résumerai six observations : d'abord, celles de déments précoces qui ont été réformés avec gratification, je dirai pourquoi ; ensuite, celle des réformés n° 2. Je serai très bref sur les premiers, mais il est utile de les citer pour mieux faire ressortir, par comparaison avec les seconds, la discordance paradoxale des décisions prises.

OBS. I. — Le fantassin R... (Simon), vingt-trois ans, cultivateur, peu intelligent, a fait l'objet de la citation suivante pendant la bataille de Verdun, le 25 mai 1916 : « A accompli son service de coureur entre le P. C. du régiment et le P. C. du bataillon avec un sang-froid et un esprit de sacrifice admirables, traversant un grand nombre de fois un terrain battu par les mitrailleuses dont les balles pleuvaient autour de lui. » En juillet, il est évacué pour dépression avec idées mélancoliques. Pendant quelques mois, anxiété légère, idées de persécution, interprétations délirantes, propos stéréotypés, persévération. Puis indifférence, suggestibilité, docilité pathologique, soliloques fréquents à voix basse, sourires niais, hallucinations auditives, tendance aux attitudes catatoniques, reste immobile des heures entières le nez contre un mur, demi-mutisme, troubles vaso-moteurs. Réforme temporaire avec gratification en mars 1917.

OBS. II. — G... (Germain), vingt-six ans, forgeron, déjà atteint de « neurasthénie » dans sa jeunesse, brigadier d'artillerie lourde. Dix-sept mois de front, sans blessures, aux environs de Verdun. Evacué sur l'intérieur, en mars 1916, pour confusion mentale hallucinatoire et idées vagues de persécution, une quinzaine de jours après une vaccination antityphoïdique. Traité au Centre de psychiatrie de Moulins, il en sort le 19 juin avec trois mois de convalescence. Quelques jours après son retour au dépôt, il est évacué au Centre psychiatrique d'Orléans. A son entrée, calme, lucide, sans désorientation ni troubles de la mémoire, mais visions cinématographiques, indifférence, incohérence des propos. Plus tard, perte totale de l'affectivité, oisiveté et indifférence complète, rares impulsions. Automatisme verbal : déclamations variées pendant des heures, verbigeration, gesticulations stéréotypées, imitation de cris d'animaux ou du bruit d'une locomotive. R. T. avec gratification en avril 1917.

OBS. III. — B... (Félix), trente-deux ans, chauffeur d'automobile, sergent de chasseurs à pied. Après sept mois de front, est évacué, le 1^{er} mars 1915, au Centre psychiatrique d'Amiens pour « confusion mentale hallucinatoire, idées vagues de persécution, fond de débilité mentale ». Rejoint son dépôt en septembre 1915. Hospitalisé ensuite quatre mois à Maison-Blanche. Repart au front en juillet 1916. En est évacué le 12 janvier 1917 pour neurasthénie. Au Centre psychiatrique d'Orléans, on constate : dépression psychique avec dysmnésie, aprosexie, sans désorientation, hallucinations auditives et visuelles ; délire d'influence et idées d'inventions absurdes. Maniérisme et incohérence des écrits, avec conscience partielle de son état. Exemple : « La vie attrayante ainsi que la lecture,

depuis une vingtaine de mois, me laisse dans l'indifférence... Il m'arrive parfois comme devant absorber ou absorbant des cadavres ou des matières plus ou moins infectes, tels cadavres, excréments ou passant à des situations plus ou moins en forme de la logique, autant dire changeant de nom. Divinement, de belles pensées bien familières serait ma contemplation et par moment ferait ma joie de gaîté, sans doute pouvant survenir de mon obligeance d'idées établies. » R. T. avec gratification en avril 1917.

J'ai l'impression que ces trois malades sont bien des déments précoces. Mais comme ils étaient atteints de débilité mentale avant leur mobilisation, le souvenir d'un article instructif de Séglas sur les états maniaques ou mélancoliques de débiles prenant le masque de la démence précoce m'empêcha de formuler ce dernier diagnostic. Bénéficiant de cette réserve, et conformément à nos propositions, ils obtinrent une réforme temporaire avec gratification. On voit donc que la débilité mentale, susceptible d'être aggravée par le service, ouvre aisément la porte de la réforme n° 1, qui reste hermétiquement close devant la démence précoce.

J'ai connu trois autres déments précoces, certifiés tels cette fois, qui, tous les trois, ont été réformés n° 2. Et pourtant, contrairement aux précédents, ils n'ont pas eu le moindre trouble mental avant la guerre; comme eux, ils ont séjourné plusieurs mois au front, de plus qu'eux ils ont été blessés. Deux de ceux-ci furent proposés pour la réforme n° 1 par les spécialistes de centres psychiatriques, mais la Commission répondit invariablement : Démence précoce égale réforme n° 2. Voici ces observations, intéressantes à plus d'un titre, mais que j'exposerai sommairement :

Obs. IV. — G... (Ernest), vingt-quatre ans, maçon, parti au front au début de la guerre, est blessé, le 20 avril 1915, par shrapnell au mollet droit, et classé service auxiliaire en novembre 1915 pour boiterie et raccourcissement de la jambe droite. Sa mauvaise volonté au travail le fait mettre en observation dans le service de neurologie d'Orléans, où l'on porte le diagnostic suivant : « Boiterie volontaire et simulée sans raccourcissement de la jambe; apte au service armée. A traiter disciplinairement. » Versé service armé en juin 1916, il est hospitalisé bientôt après, au Centre neurologique de Limoges,

pour hébétude, mutisme, inertie, sourires immotivés, préoccupations hypochondriaques. Le même professeur, qui l'avait précédemment pris pour un simulateur, diagnostique cette fois : « Démence précoce avec confusion mentale et amnésie, stéréotypies des attitudes, des réponses et des actes, suggestibilité et négativisme, embonpoint rapide », et il conclut à la nécessité d'une réforme temporaire *sans* gratification. G... entre, en mars 1917, au Centre psychiatrique d'Orléans. Dans les premières semaines, obnubilation, mutisme, indifférence, stéréotypies, alternative de rires et de pleurs, idées confuses de persécution à l'égard de sa famille, impulsions violentes au suicide. Plus tard et jusqu'à sa sortie, inertie complète, mutisme persistant, stéréotypies et négativisme, boiterie, boulimie, malpropreté et gâtisme. Proposé pour une réforme temporaire avec gratification, il a été réformé n° 2.

OBS. V. — M... (Jean), vingt-cinq ans, était avant la guerre facteur des postes intérimaire dans la banlieue de Paris, et exerçait convenablement cette profession qui exige une attention soutenue. Le 15 mars 1915, il fut blessé par un éclat d'obus à la tête : plaie contuse du cuir chevelu, région pariétale gauche. Traité dans divers hôpitaux jusqu'au mois d'août, il entre au Centre psychiatrique d'Orléans, puis à l'asile d'aliénés pour confusion mentale. Il en sort amélioré le 16 janvier 1916 et obtient une réforme temporaire avec gratification. En juin 1916, il est mis en observation à Maison-Blanche et proposé en septembre pour une réforme n° 1. Mais à la suite d'une consultation à la Salpêtrière, où l'on conclut à l'existence d'une débilité mentale sans relations avec la blessure et à la possibilité pour de tels débilés mentaux de s'acquitter de leur service, il est versé au service armé. Quelques jours après son arrivée au dépôt, il est hospitalisé, puis envoyé au Centre psychiatrique d'Orléans. Il s'agit d'une démence précoce simple avec indifférence totale, apathie, défaut d'initiative, incapacité de se diriger, stéréotypies. Proposé pour une réforme temporaire avec gratification, il a été réformé n° 2.

OBS. VI. — C... (Marcel), vingt-deux ans, domestique de ferme, engagé volontaire pour quatre ans en février 1914 dans un régiment d'artillerie de campagne, est blessé en Artois le 17 juin 1915 par des éclats d'obus à la face. En juillet il est décoré de la médaille militaire et de la croix de guerre avec palme par la citation suivante : « Faisant fonction de chef de pièce, a maintenu sa pièce en action, pendant un violent bombardement, bien qu'atteint grièvement par plusieurs éclats d'obus dont un a occasionné la perte de l'œil droit. » Après traitement chirurgical, il entre au Centre de psychiatrie du Val-de-Grâce le 5 septembre pour agitation maniaque, et est évacué

le lendemain à Ville-Évrard où l'on note à son entrée : excitation maniaque, déchire le linge, crache partout, grande incohérence et insomnie, illusions de fausse reconnaissance ; visions de guerre, crie : « à la baïonnette, en tirailleurs » ; aurait eu ce matin une crise épileptiforme avec incontinence d'urine. En 1916, alternatives de stupeur et d'agitation catatoniques avec mutisme, négativisme et refus d'aliments. A deux reprises, en décembre 1916 et en mars-avril 1916, la suppuration de la blessure nécessite un traitement chirurgical. Le 6 février 1917 il est réformé n° 2 sur pièces au vu du certificat suivant : « Démence précoce hébéphrénocatatonique, affaiblissement de l'attention, incuriosité, indifférence, apathie, inertie, excitation épisodique avec impulsions et fugues, troubles du jugement, troubles vaso-moteurs des extrémités (cyanose et refroidissement), sans nul rapport apparent avec le service militaire, malgré une blessure de la face avec fracture du maxillaire supérieur et paralysie du facial inférieur à droite consécutive. » Transféré le 27 avril 1916 à l'asile du Loiret, il y présente des alternatives de calme, d'excitation et de violence. Il est maintenu réformé n° 2 le 9 mai 1917. Il s'évade le 22 octobre 1917 et rentre chez lui. — Je l'ai examiné le 1^{er} mars dernier à l'occasion d'une demande de gratification formulée par sa famille. Il n'a plus aucun signe d'affaiblissement intellectuel. Il ne travaille pas très régulièrement, mais il gagne 7 fr. 50 par jour dans un atelier de charpente. Il manifeste une certaine insouciance et le vif désir de contracter un nouvel engagement, la vie militaire lui plaisant. Il conserve une amnésie rétro-antérograde qui s'étend des premiers jours de juin 1915 à septembre 1916. Sa mémoire se perd au moment où, quittant les crapouillots des tranchées, il revenait à l'arrière. Il n'a aucun souvenir de son affectation à une batterie de 75, du combat auquel il a pris part ; des circonstances de sa blessure, de son évacuation et de son passage dans plusieurs hôpitaux. Il s'est retrouvé couché dans un lit à Ville-Évrard, et à partir de ce moment ses souvenirs redeviennent très précis. Notons enfin qu'il n'a pas de trouble marqué de la vision de l'œil droit. On constate seulement une cicatrice profonde au niveau de l'arcade zygomatique.

Ces trois observations montrent bien que, pour les éminents neurologistes et aliénistes dont j'ai cité les conclusions, la démence précoce est entièrement indépendante de tout fait de guerre ; même une grave blessure de l'orbite ne peut avoir aucune influence sur son éclosion. Le diagnostic démence précoce impose, sans autre forme de procès, la réforme n° 2. Il s'ensuit que

le même malade (obs. V) présenté avec la même proposition, pour la même maladie, à un an d'intervalle, obtient la première fois, grâce à l'étiquette confusion mentale, une réforme temporaire avec gratification, et la seconde fois, l'étiquette étant devenue démence précoce, il est réformé n° 2.

J'ai déjà souligné la fragilité des arguments théoriques et cliniques invoqués pour aboutir à de telles contradictions, mais on ne saurait trop insister pour ruiner une présomption aussi fâcheuse. La dernière observation démontre péremptoirement qu'une confusion mentale traumatique peut être prise pour une démence précoce.

Dans le cas de ce canonnier l'évolution favorable de la psychose, rémission ou guérison, et la persistance de l'amnésie rétro-antérograde établissent, d'une manière indiscutable, le rôle fondamental du fait de guerre, qui devient ici, non pas seulement cause occasionnelle ou aggravante, mais cause efficiente. Supposez que cette confusion mentale n'ait pas guéri, le certificat qui légitimait la réforme n° 2 par le diagnostic de démence précoce restait inattaquable. Voilà bien la preuve qu'il est à la fois chimérique et dangereux de tracer une ligne de démarcation infranchissable entre la démence précoce et la confusion mentale chronique. Ces deux maladies se ressemblent tellement que les meilleurs cliniciens s'y trompent et prennent pour une démence précoce une confusion mentale non pas même chronique mais prolongée. Notons, à ce propos, ce que l'on sait d'ailleurs, que la durée anormale d'un état confusionnel ne permet pas d'affirmer la chronicité ou la démence définitive.

Un symptôme cependant mérite de fixer l'attention : c'est l'amnésie. Les troubles de la mémoire sont loin d'être constants dans la démence précoce. Généralement, au contraire, surtout dans l'hébéphrénie et la démence paranoïde, l'affaiblissement psychique porte sur les associations d'idées, la volonté et l'affectivité, il respecte davantage la mémoire. On pourrait donc se demander si l'association de l'amnésie au syndrome habituel ne provient pas d'un appoint toxi-infectieux ou traumatique et dès lors pourrait servir d'élément de discrimi-

nation entre la confusion mentale et la démence précoce? Il n'en est rien. Malgré sa valeur séméiologique l'amnésie n'est pas un signe pathognomonique de l'une ou l'autre psychose. Elle existe souvent dans la catatonie, elle peut manquer dans la confusion mentale. Sa présence ou son absence ne sauraient induire à formuler des conclusions fermes pour le choix d'un diagnostic et d'une réforme. Laissez-moi vous citer encore à ce sujet deux exemples qui contribuent à mettre en lumière l'incertitude du diagnostic et du pronostic et à montrer combien il serait injuste de frustrer les malades de leurs droits au nom d'un dogme d'école.

J'observe depuis quelques mois un maréchal des logis de vingt-quatre ans qui représente un des plus beaux types de démence précoce que l'on puisse voir. Tout y est : l'indifférence absolue, l'inertie, les stéréotypies, les tics, les impulsions subites, les hallucinations passagères, le gâtisme et par moment une verbigération et un maniérisme discordant des gestes, de la mimique et de l'intonation qui lui donnent une apparence de pitre ou de simulateur. Il a une dysmnésie diffuse étendue aux souvenirs les plus anciens et une amnésie totale des dernières années et d'un séjour à Salonique. Ces troubles mentaux ont débuté en août 1916, à l'armée d'Orient, par un accès de fièvre paludéenne d'un mois accompagné de confusion mentale avec délire onirique et impulsions au suicide. Ce mode d'écllosion et l'amnésie concomitante font diagnostiquer la confusion mentale chronique, mais véritablement le syndrome est bien celui de la démence précoce, et l'on ne voit pas pourquoi l'on accorderait la réforme n° 1 à ce malade, si on la refuse à la même affection consécutive à un traumatisme ou à l'épuisement.

Voici un autre soldat de vingt-quatre ans; il n'a aucun trouble de la mémoire, mais présente également des symptômes de démence précoce qui se sont développés dans les circonstances suivantes. Capturé au combat de Mohrange et interné dans un camp de prisonniers en Allemagne, il écrivit régulièrement à sa famille jusque vers la fin de 1916. Puis ses parents ne recevant plus de nouvelles obtinrent en mars 1917, par l'intermédiaire de la Croix-Rouge suisse, les renseignements ci-dessous fournis par le médecin d'un asile allemand : « Il est continuellement couché, inoccupé, les yeux fermés, sans dire un mot, ne remplissant qu'avec peine ses besoins naturels; il se plaint quelquefois de maux de tête; il ne montre aucun intérêt à parler avec d'autres compatriotes, il ne peut pas écrire, il ne s'informe pas s'il est arrivé de la correspondance pour lui. Il

souffre d'une maladie mentale spéciale à la jeunesse, la catatonie, qui malheureusement ne laisse pas beaucoup d'espoir de guérison. »

Rapatrié en décembre 1917, B..., à son arrivée au Centre psychiatrique d'Orléans, a l'aspect caractéristique du dément précoce : inertie, mutisme, attitude figée, fixité permanente du regard dirigé droit devant soi. Persistance des mêmes symptômes pendant un mois, puis légère amélioration, rougeur de la face quand on lui adresse la parole ou quand ses parents viennent le voir. Enfin, retour de l'affectivité, joie manifeste à la vue des siens avec qui il dit quelques mots sensés. Actuellement, il donne l'impression d'un confus déprimé, plus que d'un dément. Ne doit-on pas, dans l'étiologie de ce cas, d'un pronostic encore réservé, tenir compte des souffrances et des privations endurées pendant une longue captivité ?

En résumé, nous ne possédons aucun élément décisif pour certifier les causes, le diagnostic et le pronostic de la démence précoce. Par contre, nous connaissons des observations où ce syndrome fut manifestement la conséquence d'une infection ou d'un traumatisme de guerre. Dès lors, il serait inique de refuser systématiquement aux déments précoces tout droit à une pension.

Très équitablement, on admet la paralysie générale, malgré son origine spécifique, au bénéfice de la réforme n° 1, après enquête minutieuse. *A fortiori* faut-il prendre la même mesure pour les déments précoces qui, eux, ne sont pas nécessairement syphilitiques. Mais l'évolution et les caractères très divers de la démence précoce ne permettent pas de la traiter sur le même pied que la paralysie générale. Des rémissions ou même des guérisons survenant parfois très tardivement, on octroierait d'abord une réforme temporaire avec gratification que l'on renouvelerait pendant plusieurs années, en revisant au besoin le taux d'incapacité, comme l'indique très judicieusement le professeur Lépine pour d'autres maladies. La chronicité venue, on accorderait une pension dont le taux varierait largement en raison même du degré variable d'invalidité des déments précoces, et qui s'échelonnerait de 10 à 100 p. 100.

Enfin pour l'appréciation de ce taux d'incapacité doit-on tenir compte de l'état antérieur ? Dans quelques cas de démence précoce simple, on risque de la con-

fondre avec la débilité mentale (obs. V). Une enquête approfondie est donc nécessaire pour savoir s'il s'agit d'une faiblesse d'esprit congénitale. Bien entendu, une enquête aussi minutieuse que pour les paralytiques généraux sera faite pour déterminer l'influence du service militaire. Mais, quand, à l'origine de la maladie, on trouve un fait de guerre, il n'y a pas lieu de restreindre le taux de la pension pour des motifs tirés de l'existence d'antécédents héréditaires ou personnels, ainsi que le décidèrent d'ailleurs les chefs de Centres de neurologie et de psychiatrie dans leur réunion de décembre 1916.

Un fait anatomique que j'ai eu récemment l'occasion de constater vient à l'appui de cette façon de voir. Je le cite parce qu'il serait intéressant de le rapprocher de celui de l'observation VI. Un fantassin de vingt-quatre ans est blessé le 27 septembre 1917 par éclats d'obus à la région occipitale. Trépanation. Extraction de deux projectiles superficiels et d'un éclat situé à 2 centimètres de profondeur. Le lendemain, coma, puis amaurose et surdité verbale. Le 6 octobre, série de crises d'épilepsie jacksonienne. Les jours suivants, agitation et délire. Evacué le 11 novembre sur un service de psychiatrie des armées où l'on note : Agitation, verbigération, stéréotypies, sputations fréquentes, hémianopsie probable du champ visuel droit. Dirigé le 5 décembre sur le Centre psychiatrique d'Orléans. Mêmes symptômes que précédemment et en outre : obnubilation, désorientation, cauchemars de bataille, cris « Les voilà ! », stéréotypies d'attitudes et de mouvements, grimaces, bouche en museau, catatonie des membres supérieurs ; pas de signes de méningisme. Bref, confusion mentale ou démence traumatique camouflée en démence précoce.

Mort subite le 25 décembre. A l'autopsie : abcès du lobe occipital gauche ; de plus, atrophie ancienne de la pointe du lobe temporal droit où manque l'uncus et des deux premières circonvolutions temporales. — Il ne viendrait à l'esprit de personne que cette dernière lésion, peut-être congénitale, puisse, aussi peu que ce soit, faire modifier le taux de la pension.

Une dernière conclusion me paraît se dégager pleinement des observations précédentes. L'usage de ce vocable ambigu, démence précoce, revenu d'outre-Rhin, nous expose à provoquer des décisions ou à commettre des erreurs préjudiciables aux revendications légitimes de nos soldats ou de leurs familles. Rayons-le donc,

non point de la psychiatrie, car d'un trait de plume on ne supprime pas une réalité, mais de nos certificats. Il sera facile de trouver dans l'ancienne nosologie française des expressions plus claires, telles que confusion mentale, démence traumatique ou encore, comme nous l'eût enseigné Magnan, dégénérescence mentale. On pourrait même, dans les cas difficiles ou litigieux, s'en tenir au numéro très compréhensif de la nomenclature militaire : aliénation mentale. L'essentiel maintenant n'est plus de défendre ou de critiquer un mot, une classification, une doctrine, mais d'appliquer aux intérêts des malades comme à leur santé la vieille devise : *primum non nocere*.

DISCUSSION

M. ARNAUD. — Le hasard m'a permis de suivre un des malades dont l'observation est rapportée par M. Capgras : il s'agit du jeune télégraphiste qui, après avoir été réformé temporairement, a été considéré à la Salpêtrière comme atteint de débilité mentale, mais apte au service armé, et enfin réformé n° 2. Or, ce sujet, s'il n'était pas d'une intelligence supérieure, remplissait très exactement ses fonctions à la poste avant la mobilisation. Au cours de sa réforme temporaire, on a essayé de lui faire reprendre son ancien emploi; ce fut impossible : il était donc devenu différent de ce qu'il avait été avant d'avoir fait campagne. Renvoyé à son dépôt, après la consultation de la Salpêtrière, il dut être hospitalisé presque de suite. S'il fut ensuite réformé n° 2, c'est parce que l'étiquette qui avait paru devoir lui être alors attribuée impliquait l'idée de troubles mentaux constitutionnels.

Il y a là quelque chose de choquant; et qu'il s'agisse de débilité mentale ou de démence précoce, je partage tout à fait la manière de voir de M. Capgras : nous devons éviter les diagnostics qui, à cause des conceptions pathogéniques s'y rattachant, peuvent être préjudiciables aux intérêts des malades.

M. VIGOUROUX. — Ce qui me surprend, dans ce cas particulier, c'est que l'opinion qui a prévalu et qui a été contraire aux intérêts du malade ait été demandée

ailleurs que dans un centre psychiatrique proprement dit. Lorsque j'étais à Bourges (centre de neurologie), on ne tenait pas compte du fait qu'il y avait dans ce centre des aliénistes de carrière. Toute décision concernant un malade atteint de troubles mentaux n'était prise qu'après consultation émanant d'un des centres de psychiatrie de Lyon, de Montpellier ou de Bordeaux. Ceci dit, je rappellerai, à l'appui de l'opinion de M. Capgras, l'histoire d'un malade que j'ai observé jusqu'à l'autopsie inclusivement. Au point de vue clinique, c'était un dément précoce typique; mais les troubles mentaux dont il était atteint étaient survenus après un grave traumatisme crânien (chute d'un plafond sur la tête du malade). Le tableau clinique, je le répète, était tel que, d'un certain point de vue doctrinal, on aurait pu dénier toute relation de cause à effet entre l'état mental et le traumatisme antérieur : l'autopsie me démontra pourtant que celui-ci avait laissé des traces.

M. H. COLIN. — C'est pourquoi, à la séance de décembre 1916, à laquelle M. Capgras a fait allusion, j'ai proposé de substituer dans les mêmes cas l'expression affaiblissement intellectuel à celui de démence précoce qui peut, chez certains, déterminer la conviction qu'il s'agit toujours de troubles mentaux où l'accident de guerre n'est pour rien. Il faut être d'autant plus prudent que nous avons tous vu guérir des syndromes hébéphréno-catatoniques.

M. VIGOUROUX. — Puisque nous sommes tous d'accord sur l'intérêt pratique de la communication de M. Capgras, la Société ne pourrait-elle souligner par un vote l'intérêt des conclusions de l'auteur?

M. H. COLIN. — Nous prions M. Capgras de retoucher ses conclusions sous la forme d'un vœu qu'il nous soumettra à la prochaine séance, et que la Société adoptera.

Paralysie générale traumatique(?),

par M. A. VIGOUROUX.

Je voudrais vous communiquer une courte observation de paralysie générale où l'action du traumatisme — même serait-elle discutable — ne peut vraiment pas être écartée par les médecins experts et apporter un argument en faveur de la thèse soutenue par notre collègue Pactet en son excellent rapport, à savoir qu'il faut éviter en médecine une formule trop générale et que chaque cas mérite un examen particulier fait sans l'influence d'une doctrine préconçue.

La discussion à laquelle nous avons assisté sur la paralysie générale de guerre, bien qu'elle ait pu par instants affecter une allure un peu trop vive et personnelle, a été des plus intéressantes. Nous avons tous été impressionnés par l'écart des chiffres apportés par M. Delmas d'une part et MM. Colin et Mignot d'autre part. Il est certain que les statistiques faites par M. Mignot, observant dans un milieu défini pendant de longs mois, présentent plus de garanties que celles effectuées par les chefs des centres de neurologie dans la zone des armées ou à l'intérieur, obligés d'évacuer rapidement leurs malades. Mais cette différence dans les conditions d'examen n'est probablement pas suffisante pour expliquer l'écart constaté. Il me semble que des résultats plus comparables seront obtenus quand, au lieu de rechercher quel a été en bloc l'effet de l'état de guerre sur la genèse et l'évolution de la paralysie générale, on s'attachera à mettre en lumière l'action des contusions, des commotions, des fatigues, des intoxications prises en particulier.

L'état de guerre apporte dans la vie des mobilisés des modifications variables suivant la situation de chacun. Si pour tel officier du service actif, le séjour au front fut l'occasion de surmenage moral, d'émotion, de commotion, pour tel civil (comptable de grand magasin, postier par exemple) une vie aérée, hygiénique, dans un secteur calme, à quelques kilomètres en arrière des lignes put être au contraire un véritable repos, une

heureuse détente. Il est possible et vraisemblable que tel syphilitique qui, grâce au surmenage professionnel du temps de paix, serait devenu paralytique général, ait évité la méningo-encéphalite grâce à la guerre, au séjour dans la zone des armées ou de l'intérieur. Un grand nombre même n'a sans doute échappé au mal que par une mort prématurée : quand on connaît la proportion formidable des officiers tués depuis le début des hostilités, on se demande si les statistiques ne sont point faussées de ce seul fait.

Quoi qu'il en soit, ce que je viens de dire de la différence des occupations et dangers courus dans tel ou tel secteur, suivant les emplois en première ou troisième ligne me fait protester énergiquement contre la proposition de MM. Briand et Delmas d'attribuer la réforme n° 1 à tous les malades ayant séjourné au front un certain temps.

Pourquoi vouloir encore adopter une formule générale et repousser le rôle pourtant si élevé et si utile du médecin expert qui examine chacun des cas et propose pour chacun d'eux la solution dictée par sa conscience?

Le 17 mai 1917 entrant au Centre de neurologie de la VIII^e région, un soldat de la Légion étrangère, Fa..., âgé de trente-deux ans qui, un mois auparavant (18 avril), avait reçu un éclat de grenade au niveau de la région pariétale droite : la blessure semblait avoir respecté les os du crâne (la radiographie ne donne aucune indication) et, traitée par des pansements à plat, elle se cicatrise assez vite. Cependant, il se plaignait de céphalée, de vertiges, d'éblouissements, de craquement dans la nuque, etc.

Cet homme porte en outre les cicatrices d'une première blessure reçue en septembre 1915 provoquée par une balle entrée au niveau de l'apophyse mastoïde gauche et extraite dans le dos à 4 centimètres à gauche de l'apophyse épineuse de la 4^e dorsale. Depuis cette époque, il s'était plaint de vertiges et surtout de faiblesse de l'épaule. Il avait fait néanmoins son service au dépôt et au front et même à l'occasion de sa seconde blessure, il avait obtenu une citation à l'ordre du régiment.

Or, à son entrée dans le service, l'examen clinique révéla l'existence d'une légère inégalité pupillaire, d'un tremblement fibrillaire de la langue, d'une dysarthrie intermittente à l'occasion des mots d'épreuve et de l'exaltation des réflexes tendineux.

Au point de vue mental, l'affaiblissement global des facultés

psychiques n'est pas encore très marqué; mais il peut être mis en évidence par un interrogatoire un peu long et surtout par l'observation de quelques jours. L'idéation est lente, l'évocation des souvenirs est pénible: il fait des erreurs dans les renseignements qu'il nous fournit, il présente des alternatives d'indifférence complète, de satisfaction puérile ou de préoccupation hypocondriaque. Il écrit à sa femme huit lettres par jour; il demande à sa mère de me confirmer par lettre que dans sa jeunesse il a été muet (ce qui est faux) afin d'expliquer la dysarthrie dont il a conscience.

Le liquide céphalo-rachidien est sous pression normale; il présente de l'hyperalbuminose (0,40) et une lymphocytose des plus nettes. La réaction de Wassermann du sang est négative. Celle du liquide céphalo-rachidien n'a pas été recherchée.

En un mot, le syndromé paralysie générale au complet se constatait, chez cet homme de trente-deux ans, un mois après une contusion violente du crâne, dix-huit mois après la transfixion de son apophyse mastoïde gauche par une balle. Or, des renseignements très précis donnés par sa mère et sa femme, il ressort qu'il n'a pas d'antécédents héréditaires connus, qu'à quatre ans il a eu une méningite, qu'il était sujet aux bronchites et qu'il s'est toujours montré ouvrier très sérieux, courageux au travail, mais peu causeur. Il gagnait largement sa vie comme ouvrier tôlier. En 1911, il s'était marié une première fois. Sa femme était morte en accouchant d'un enfant qui lui-même succomba à six mois de maladie inconnue. Remarié en 1912, il n'a pas eu d'enfant.

Né d'un père suisse, il ne s'était pas fait naturaliser à vingt ans; il s'est engagé dans la légion étrangère dès août 1914.

D'après sa femme, c'est en décembre 1916, c'est-à-dire quinze mois après la première blessure, que les troubles psychiques se seraient manifestés. Elle avait constaté qu'il devenait irritable et nerveux, qu'il commettait des oublis, etc., etc. Néanmoins, il avait pu faire trois mois et demi de service et gagner la croix de guerre.

Voici donc un paralytique général au début, chez lequel la syphilis ne peut être ni affirmée ni niée, qui a reçu deux fortes contusions du crâne par éclat d'obus. La syphilis fût-elle absolument certaine, un expert aurait-il le courage d'affirmer que tels ébranlements cérébraux n'ont pas eu une action funeste sur le développement de la méningo-encéphalite actuelle? Ne doit-on pas admettre au moins, comme l'indique le *Guide-Barème des invalidités* (p. 45), l'influence directe du

traumatisme et considérer qu'il a fourni à la syphilis préexistante l'orientation méningo-encéphalique ?

Telle a été la conclusion du certificat que j'ai été appelé à fournir au Centre de psychiatrie de Montpellier qui devait présenter le malade au conseil de réforme.

DISCUSSION

M. H. COLIN. — Le professeur Marie n'a-t-il pas récemment présenté devant la Société de Neurologie un malade qui soulevait le même problème que le malade de M. Vigouroux ?

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Dans le cas de M. Marie l'influence du traumatisme était moins évidente, et M. Marie s'est contenté de poser la question sans la résoudre.

Deux cas d'anxiété mélancolique post-ménopausique,

Par M. A. VIGOUROUX.

J'apporte à la Société deux observations d'anxiété mélancolique paroxystique survenue chez des femmes ayant passé l'âge de la ménopause et qui présentent de l'hypertension artérielle et une glycosurie légère.

OBS. I. — Be... (Marguerite), âgée de soixante-deux ans, exerçant la profession de sage-femme, entre à l'asile le 28 janvier dernier, par voie de placement volontaire.

Son internement est motivé par « des accès d'anxiété, peur de manquer, refus de s'alimenter, pensées de suicide, allées et venues sans motifs ».

Elle a déjà fait un premier séjour à l'asile de Saint-Anne, de mars à juin 1917.

Auparavant, en 1910, elle avait présenté des troubles psychiques qui avaient duré quinze jours et qui n'avaient pas nécessité son isolement.

Des renseignements fournis par son fils, il ressort que jusqu'à l'âge de cinquante-quatre ans, elle avait toujours fait preuve d'un caractère ferme et bien équilibré. Sage-femme de l'Assistance publique, exerçant sa profession dans un quartier de Paris, elle avait toujours montré de l'énergie et de l'activité ; depuis la mort du père de ses enfants, elle avait, seule, élevé ses deux fils et leur avait procuré une situation libérale.

Elle vivait avec son fils Léon, comptable expert, célibataire, mobilisé comme interprète depuis août 1914.

Son fils aîné Albert, qui avait conservé la nationalité de son père (hollandais), est resté à Paris, où il s'occupe de travaux de comptabilité.

Elle n'a jamais fait de maladie grave.

La période de la ménopause s'était passée chez elle sans troubles marqués, et ce n'est que deux ans plus tard que se sont manifestés les premiers troubles mentaux sans cause connue.

Lors du premier internement (mars 1917), elle s'était montrée très préoccupée du fait qu'elle ne payait pas son loyer par suite de la mobilisation de son fils et aussi parce que son âge l'avait fait rayer de la liste des sages-femmes de l'Assistance.

A sa sortie de Sainte-Anne, elle se montra d'abord très raisonnable et paraissait avoir retrouvé son équilibre mental.

Ce n'est que six mois plus tard, au mois de janvier qu'elle présenta de nouveaux symptômes mélancoliques.

A son entrée dans le service, M^{me} Be... montre un état de « subanxiété » qu'entrecoupait des périodes de calme : elle gémit, elle pleure, elle se plaint d'une sensation d'angoisse : « Mes enfants vont être ruinés, j'ai trop fait de bêtises, j'ai été trop négligente ; j'ai bouché un évier ; le propriétaire ne me gardera pas ? que vont devenir les livres auxquels mon pauvre fils tenait tant ! » Un autre jour, ses préoccupations anxieuses portaient sur la nourriture : « J'ai faim ! me donnerez-vous à manger ? J'ai peur que vous ne m'en donniez pas ! Mes pauvres enfants vont être ruinés ! Comme je vois que j'ai toujours été une mauvaise femme ! » Depuis ce moment, les idées d'autodépréciation ont continué à se manifester, variant tous les jours et ne se modifiant pas sous l'influence des visites ou des lettres de ses fils qui cherchaient à la rassurer. Jamais elle n'a manifesté d'idée délirante systématisée : jamais elle n'a présenté ni hallucinations, ni illusions. Elle n'a pas d'affaiblissement intellectuel.

Au physique, M^{me} Be... est une femme bien constituée, aux traits réguliers : son teint est pâle, ses yeux humides, paupières décolorées. La physionomie exprime la crainte, l'anxiété ; sa langue est sèche, légèrement tremblante. Les pupilles sont égales et réagissent normalement. Les réflexes tendineux et peauciers sont normaux.

L'auscultation du cœur et des poumons ne révèle aucun trouble pathologique. Le pouls bat régulièrement à 76.

A l'oscillomètre Pachon, la pression maxima est 23 et la pression minima 14. Il n'existe ni pollakiurie, ni polyurie, mais l'urine contient environ 10 grammes de sucre par litre.

Disons de suite que cette glycosurie disparut assez rapidement alors que l'hypertension artérielle et l'état mental de la malade ne se modifiaient pas.

Chez une femme sans hérédité, n'ayant donné jusque-là aucun signe de déséquilibre émotif, se sont manifestés à la suite de la ménopause, sans cause morale connue, des troubles mentaux récidivants ou paroxystiques qui, dans cet accès, affectent les traits de la mélancolie anxieuse. Elle présente en outre de l'hypertension artérielle et de la glycosurie.

OBS. II. — M^{me} Sa..., âgée de cinquante-neuf ans, entre à l'asile le 8 décembre 1917 présentant un état anxieux. Elle est consciente de sa situation et c'est elle-même qui a demandé son entrée à Sainte-Anne. Quelques jours auparavant alors quelle était en train de laver son linge, elle s'est sentie toute drôle. « Je sentais que ma tête s'en allait, je ne pouvais plus diriger mes idées, j'étais comme dans un rêve, je ne pensais qu'à mon fils et j'appréhendais constamment d'apprendre sa mort. Anxieuse et découragée par la conscience de ma maladie, et de mon incapacité, à me livrer à mes occupations habituelles, j'étais poussée à faire des bêtises. » D'après ce que nous dit son mari, elle aurait à ce moment eu quelques idées de suicide et aurait cherché à commettre des excès alcooliques.

Son mari nous affirme que la cause de sa maladie réside dans l'émotion que lui a causée le départ de son fils sur le front ainsi que la blessure dont il a été atteint.

Elle-même nous déclare que la cause réelle de son état d'angoisse est l'inquiétude constante que lui causent les dangers courus par son fils depuis le début de la guerre. La blessure qu'il a eue en septembre 1915 a été insignifiante. Mais elle le sait toujours très exposé et elle est d'autant plus inquiète que son fils très attentionné lui cache toujours avec soins les dangers qu'il va courir et ceux qu'il a courus ; à l'entendre, il serait toujours au repos et elle sait bien que ce n'est pas vrai. Son inquiétude augmente au moindre retard de correspondance, elle est exaspérée par le fait que dans la plaine Saint-Denis où elle habite depuis longtemps, elle ne peut traverser la rue sans qu'une mère vienne lui raconter que son fils a été tué. « Tous les camarades de mon fils ont été fauchés. »

L'examen physique pratiqué à son entrée avait montré un symptôme important : une hypertension artérielle énorme. (P. M., 30 ; P. m., 10 à l'oscillomètre Pachon). En outre, il existait de la polyurie (2 lit. 500) et de la glycosurie (20 grammes par vingt-quatre heures). La malade se plaint de souffrir

de crises de diarrhée. Les réflexes tendineux sont vifs. Le réflexe pupillaire est conservé. Le réflexe oculo-cardiaque est nul. Pas d'hypertrophie thyroïdienne. Teint pâle, yeux petits et enfoncés sous les orbites.

Après quelques jours de repos et de régime, les crises d'anxiété diminuent, les périodes de calme sont plus longues.

Cependant, le 18 décembre, nous la trouvons dans une crise de grande anxiété. Elle n'est pas inquiète de son fils dont elle vient de recevoir une lettre; mais elle est tourmentée par l'idée que son mari a un bandage cassé, qu'il n'aura pas fait réparer; on va venir lui annoncer que son mari est mort d'une hernie étranglée! Elle écrit à sa fille de longues recommandations au sujet du bandage et la crise se calme.

A partir de ce moment l'amélioration se poursuit progressivement.

Elle était sur le point de sortir le 13 janvier 1918, cinq semaines après son entrée, quand son mari vint faire part d'une bien triste nouvelle. Il avait acquis la quasi-certitude de la mort de son fils tué à l'ennemi et il nous demandait le service de retarder la sortie de sa femme et de la préparer à cette triste nouvelle. Il y avait en effet plusieurs jours qu'il n'y avait pas eu de lettres et la malade s'en inquiétait sans manifester d'angoisse. Quand la nouvelle fut certaine, avec tous les ménagements possibles, nous la fîmes connaître à notre malade, non sans partager les inquiétudes du mari, sur les réactions possibles. Ces réactions furent très différentes de celles que l'on pouvait craindre.

Elle supporta très courageusement l'annonce de la triste nouvelle, manifesta une douleur profonde et normale, puis, elle se ressaisit aussitôt et nous déclara : « Il faut me donner ma sortie immédiatement, pour que j'aie aidé mon pauvre vieux à supporter ce malheur. Il est incapable de le faire sans moi. »

Elle sortit le lendemain et, depuis, son équilibre mental n'a pas été troublé.

En ce moment, l'hypertension artérielle avait diminué et la glycosurie ne se manifestait que par intermittence.

Des renseignements fournis par la malade, confirmés par son mari, il ressort que toute sa vie elle avait été d'un caractère actif et gai, et qu'elle n'avait jamais été particulièrement émotive. Elle avait eu 8 enfants dont 4 morts en bas âge, et 4 bien portants. Cependant, en 1912, en pleine période de ménopause, alors qu'elle avait de gros ennuis consécutifs à la non-réussite d'une entreprise commerciale, qui avait entraîné la perte de toutes les économies du ménage, elle avait eu un accès de dépression qui avait nécessité un séjour de trois mois à

l'asile Sainte-Anne. Depuis six ans, elle avait été très bien portante au physique et au moral.

Dans cette observation, peut-on vraiment considérer comme cause morale efficiente l'explication toute personnelle que le malade donne de son anxiété? La diversité des explications montre bien que non.

Ces observations sont en apparence banales, car elles n'apportent aucun fait nouveau. Tous les traités, en effet, insistent sur l'action de la ménopause sur la genèse des troubles psychiques et en particulier de la mélancolie. M. Ritti, dans son rapport sur les psychoses de la vieillesse, a montré la fréquence de la mélancolie anxieuse chez le vieillard; M. Capgras, dans son intéressante thèse, a déclaré que la mélancolie était exclusivement une psychose d'une évolution sénile, tout en attribuant à ces malades de l'hypotension artérielle; M. Régis a décrit un état neurasthénique avec anxiété chez les artérioscléreux; plus récemment, enfin, le Dr Heckel, dans son livre sur la *névrose d'angoisse*, signale chez les anxieux l'existence d'une hypertension artérielle durable, souvent confondue à tort, dit-il, avec l'artériosclérose vraie.

Le déséquilibre endocrinien (qui se manifeste dans nos observations par une faible glycosurie passagère due à la présence d'un excès d'adrénaline dans le sérum sanguin) est considéré comme un facteur pathogène important des troubles mentaux depuis les travaux de Parhon, de Rémond et Sauvage et particulièrement de M. Laignel-Lavastine. Dans sa thèse sur le syndrome génito-surrénal, A. Gallois a signalé l'hypertension artérielle et la glycosurie accompagnant des troubles du caractère.

Dans son rapport si riche en vues personnelles et en documents sur « *les sécrétions internes et le système nerveux* », Laignel-Lavastine admet l'existence d'une anxiété endocrigène par dyshyperthyroïdie. « Cette anxiété, dit-il, paraît bien être celle des mélancoliques anxieuses... L'anxiété, fréquente dans l'insuffisance ovarienne acquise, paraît bien ressortir au même mécanisme. »

De même, est-il inutile d'insister sur l'importance

des troubles du système sympathique dans la pathogénie de l'état mélancolique. Ces troubles ont été admis par Auguste Voisin, Jules Falret, Ball. Séglas, M. de Flenry et la plupart des aliénistes. Laignel-Lavastine et moi avons cherché à préciser à quelles lésions ils correspondaient au niveau des ganglions semi-lunaires.

L'intérêt de mes observations réside en fait dans l'association des symptômes : anxiété paroxystique, hypertension artérielle et glycosurie légère, perte du réflexe oculo-cardiaque, parce que l'interprétation de ces différents symptômes permet d'édifier une théorie pathogénique de l'anxiété mélancolique conforme à la théorie actuelle de l'émotion.

Il est généralement admis, en effet, que chez l'individu violemment émotionné, soit qu'il coure un danger personnel ou qu'il craigne pour un être cher, l'émotion excite directement le système grand sympathique.

Sous l'action du grand sympathique, les capsules surrénales sécrètent de l'adrénaline en abondance. MM. Dumas et Malloizel, cités par Laignel-Lavastine, ont mis en évidence la présence d'adrénaline dans le sérum sanguin de sujets émotionnés. Cette adrénaline ainsi libérée renforce à son tour l'action du sympathique, provoque de l'hypertension artérielle, « alors que l'adrénaline vidée par vaso-constriction, les vaisseaux des viscères abdominaux, dont l'activité est suspendue, le cerveau, le cœur, le poumon sont gorgés de sang sous pression ». L'action de l'adrénaline est puissante mais courte, car elle s'oxyde vite et bientôt l'hypersécrétion thyroïdienne intervient si l'émotion est de longue durée.

De la sorte il est possible de saisir comment des émotions prolongées, ou répétées, pourraient agir sur le sympathique, produire l'hypersécrétion de l'adrénaline et celle de la thyroïdine, de l'hypertension artérielle, de l'angoisse précordiale et enfin de l'anxiété.

Mais on comprend également que, l'émotion initiale n'existant pas, des lésions organiques diverses mettant en action le système sympathique, et produisant par suite le déséquilibre endocrinien, il puisse apparaître de l'hypertension, l'angoisse et tous les troubles de la

cénesthésie qui accompagnent l'angoisse, et qu'alors l'état anxieux se manifestant, le malade en cherche l'explication dans des causes morales.

Or, les femmes, à l'époque de la ménopause, présentent, sous l'influence de la cessation de la fonction ovarienne, des symptômes de déséquilibre de l'innervation sympathique et de l'hypersécrétion des glandes surrénales et thyroïdes : hypertension artérielle, bouffées de chaleur, des crises de palpitations douloureuses, angoisse respiratoire, etc., etc.

Devons-nous dire avec MM. Devanx et Logre que chez ces malades la dysovarie n'a été que le réactif qui a révélé l'existence d'une prédisposition mélancolique et anxieuse? C'est sans doute vrai pour certains cas, mais pour le plus grand nombre des cas que nous avons observés, il ne nous a pas été possible de retrouver avant l'âge critique les signes d'une constitution émotive ou anxieuse.

Il est permis de se demander si le déséquilibre endocrinien dû à la ménopause ne joue pas un rôle beaucoup plus important dans la genèse de ces états anxieux (l'aptitude à délire, signalée par J. Falret pour tous les aliénés délirants, étant bien entendu réservée).

L'importance de cette conception pathogénique au point de vue thérapeutique est évidemment considérable : il est intéressant de constater les succès obtenus par Laignel-Lavastine, guérissant par l'hémato-éthylroïdine des troubles nerveux et psychiques de la ménopause, rappelant trait pour trait les symptômes de la série basedowienne, ainsi que l'anxiété diffuse liée à une tachycardie de la ménopause par excitation sympathique d'origine thyroïdienne (*Sécrétions internes*, p. 631).

La discussion de cette pathogénie de l'anxiété entraîne celle de la réalité des causes morales. Dans ma seconde observation, la malade donne comme explication de son état anxieux, l'inquiétude que lui cause la présence de son fils sur le front. Cette explication était tellement vraisemblable qu'elle s'est imposée, en quelque sorte, jusqu'au jour où la malade a donné de son anxiété une seconde raison beaucoup moins admissible.

En réalité, l'état anxieux préexistant, la cause morale,

constitue pour le malade et pour son entourage une explication nécessaire et indispensable.

Nous avons vu comment la nouvelle de la mort de son fils avait provoqué, chez cette même malade, des réactions normales et sthéniques.

Nous sommes donc amené à soulever encore une fois le problème déjà bien débattu : les chocs moraux et spécialement les émotions tristes peuvent-elles être une cause efficiente de folie et en particulier de mélancolie ?

Depuis la guerre, où tant de mères et tant de femmes ont été cruellement éprouvées, nous n'avons pas observé un seul cas de mélancolie qui pût être attribuée sans discussion à la perte d'un fils ou d'un époux. Les membres de la Société ont-ils fait la même constatation ?

En prenant la direction d'un service de femmes à Vancluse, après avoir été pendant de longues années chargé d'un service d'hommes, j'ai été très frappé de l'importance de l'insuffisance ovarienne chirurgicale ou ménopausique dans la pathogénie des psychoses féminines.

Aussi voudrais-je insister aujourd'hui sur le nombre des mélancoliques que j'ai traitées dont l'affection a débuté au cours de la ménopause ou peu après. Sur 160 malades environ, j'ai observé 14 cas de mélancolie post-ménopausiques, toutes n'étaient pas anxieuses, quelques-unes étaient des déprimées simples ou intermittentes, dont le premier accès avait débuté à la ménopause. Chez aucune je n'ai trouvé de délire vrai, fixe : une des plus anxieuses, très hypertendue, sujette à des angoisses précordiales telles qu'elle s'arrache la poitrine et qu'elle pousse des hurlements pour expectorer en quelque sorte son mal, répondait au début qu'elle ne connaissait pas les raisons morales de son anxiété ; depuis elle en donne qui varient sans cesse.

En dehors de ces mélancoliques que M. Capgras classerait parmi les psychoses à involution sénile, et M. Ritti dans les psychoses de la vieillesse, j'observe dans mon service des syndromes mélancoliques symptomatiques de syphilis ou d'infections autres, mais je n'ai pas un cas de mélancolie franche, essentielle survenu chez une femme jeune.

Ce fait confirmerait donc l'opinion de M. Capgras, à savoir que la mélancolie est une psychose d'involution sénile.

Mais si la mélancolie présénile est considérée comme un syndrome lié à l'insuffisance endocrinienne, la même question que MM. Briand, Truelle et moi posions devant vous en juillet 1914, à propos de classification est encore une fois soulevée : Existe-il des maladies mentales ? ou bien n'existe-t-il que des syndromes psychiques liés à des états organiques plus ou moins connus ?

DISCUSSION

M. LAIGNEL-LAVASTINE. — Je sais gré à mon maître, M. Vigouroux, d'avoir attiré l'attention de la Société médico-psychologique sur ce qu'il appelle très justement *l'anxiété mélancolique post-ménopausique avec hypertension artérielle et glycosurie*, car il s'agit là d'un type clinique fréquent et parfaitement individualisé. J'ai eu occasion de le rencontrer plusieurs fois et j'ai présent à la mémoire le cas d'une femme que j'ai soignée à l'Hôtel-Dieu, en 1913, dans le service du professeur Chantemesse que j'avais l'honneur de remplacer. Il s'agissait d'une femme de cinquante-huit ans, dont la ménopause remontait à quelques mois, dont l'anxiété, intense par intervalles et surtout le matin, ne s'accompagnait pas d'idées délirantes et dont la glycosurie, petite et non continue, avait les caractères de la glycosurie surrénale. L'hypertension artérielle concomitante portant sur la maxima et la minima rentrait dans le même ordre de troubles.

Sans entrer dans la discussion pathogénique des divers facteurs qui déterminent ce syndrome (1), on

(1) La littérature médicale de langue anglaise fournit chaque jour des clartés nouvelles qui permettent d'élargir la discussion. Depuis le remarquable livre de Crile, *The origin and nature of the emotions*, Philadelphia and London, Saunders, 1915, et les expériences de Cannon sur les sécrétions thyroïdiennes d'origine affective, *Boston med. and Surg. Journ.*, 1916, p. 562, il me faut citer les expériences de Stewart et ses élèves selon la méthode de Joseph et Melizer. Voir Stewart, Rogoff et Gibson. *The liberal. of epinephrin from the adrenals glands by stimulaf. of the splanchnic nerves and by massage, studied by means of the*

peut en tout cas affirmer qu'il a une individualité clinique très particulière, qui permet de le retrouver facilement. Un autre signe, très net dans la seconde observation de M. Vigouroux, est l'abolition du réflexe oculo-cardiaque liée à l'action prédominante du sympathique. Ce syndrome psycho-endocrinien est d'ailleurs loin d'être le seul du même genre qu'on observe en psychiatrie féminine.

Déjà, en médecine générale, mon maître Landouzy insistait sur la physionomie distincte de la médecine féminine et de la médecine masculine. Dès qu'on pénètre la psychiatrie, on est frappé de cette différence. Alors que chez les hommes prédominent la syphilis et l'alcool, chez les femmes prédominent les troubles sécrétoires. Il y a une psychiatrie féminine distincte de la masculine et beaucoup plus différente que le cerveau de la femme ne diffère du cerveau de l'homme.

M. ARNAUD. — M. Vigouroux n'a-t-il pas affirmé qu'à son avis il n'y a pas de mélancolie vraie en dehors de la mélancolie de la ménopause?

M. VIGOUROUX. — Avec M. Capgras et sans parler bien entendu des accès mélancoliques de la folie intermittente ou périodique, je crois que les accès mélancoliques autres que la mélancolie présénile sont des formes symptomatiques d'une affection quelconque.

M. ARNAUD. — Je ne suis pas de cet avis; et pour ne citer qu'un cas que j'ai bien présent à l'esprit, j'ai revu récemment une de mes anciennes malades qui, il y a vingt-cinq ans, a fait un unique accès mélancolique franc. Rien depuis. Ici, par aventure, cette femme faisait actuellement, à l'époque de la ménopause, un second accès du même genre, aurait-on le droit de la considérer comme une intermittente? Je ne le pense pas.

denervated eye react. *J. of Pharmac. and exp. Therap.*, mai 1916. Stewart et Rogoff. The alleged exhaustion of the epinephrin store in the adrenal by emotional disturbance. *Proc. Soc. of exp. Biol. and Med.*, 1916, p. 184. Je rappelle que Joseph et Meltzer (*Amer. J. of Physiol.*, 1912), après avoir réséqué, chez le lapin ou le chien, le ganglion cervical supérieur, ont constaté qu'au bout de quelques jours la pupille du côté correspondant se dilatait nettement chaque fois qu'on augmentait la quantité d'adrénaline dans le sang circulant. C'est cette réaction pupillaire paradoxale qu'ont utilisée Stewart et ses élèves dans les travaux précédents.

Quant à l'influence des causes morales, malgré l'importance que le public y attache, je suis très réservé ; j'ai connu un cas de mélancolie chez un homme d'un certain âge où un choc moral très intense, la mort d'un fils, n'a pas entravé la guérison déjà commencée, mais paraît l'avoir stimulée.

M. MIGNOT. — J'ai observé chez des hommes un certain nombre de cas de mélancolie comparables à la mélancolie de la ménopause et à propos desquels il m'a semblé qu'on pouvait invoquer la même pathogénie que pour la malade de M. Vigouroux. J'ai de plus constaté que ces malades ont habituellement de la tachycardie.

M. CAPGRAS. — L'existence de la mélancolie présénile de l'homme me paraît démontrée actuellement par la fréquence considérable de ce syndrome chez les militaires des vieilles classes. Sans doute, parmi les soldats jeunes, on trouve bien des asthéniques, des hyperémotifs, des confus d'apparence mélancolique, mais la mélancolie anxieuse proprement dite, avec son délire d'attente, ne s'observe, dans la très grande majorité des cas, que chez les R. A. T.

M. H. COLIN. — En admettant que la mélancolie soit plus fréquente chez les malades d'un certain âge, je crois que nous avons tous observé des cas de mélancolie franche chez de jeunes militaires.

M. VALLON. — Je pense, avec M. Arnaud et avec M. Colin, qu'il ne faut pas considérer la mélancolie vraie comme un état morbide appartenant presque exclusivement à la période d'involution.

M. LWOFF. — Il est intéressant de rapprocher l'explication pathogénique donnée par M. Vigouroux, à propos de sa malade, de la théorie de l'émotion de Lange. On sait que cette théorie pourrait être résumée par la formule : Nous sommes tristes parce que nous pleurons. De même ici, l'état mélancolique devient l'explication psychologique de troubles sécrétoires.

M. VIGOUROUX. — Nous faisons intervenir en plus le système nerveux grand sympathique.

La séance est levée à 5 h. 45.

Le Secrétaire des séances,
P. JUQUELIER.

BIBLIOGRAPHIE

Reports of the trustees and superintendent of the Butler Hospital, January 23, 1918 (Rapports des administrateurs et du médecin directeur de l'asile de Butler, 23 janvier 1918). Broch. in-8°, Providence Presse, 1918.

Le médecin-directeur de l'asile de Butler, situé à la ville de Providence, État de Rhode Island, États-Unis d'Amérique, est le très distingué docteur G. Alder Blumer, dont les rapports annuels sont toujours, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue pratique, d'un très grand intérêt et dont il y a toujours à tirer profit. Cette fois, son rapport est bref, et en quelque sorte purement administratif. Il s'en excuse en alléguant des motifs d'économie de papier et de composition typographique, économie que les circonstances rendent nécessaire; car il faut tout ménager de ce qui n'est pas l'effort principal pour être victorieux dans la guerre où les États-Unis sont venus si admirablement se ranger et défendre le bon droit à côté de la France.

Ce sont précisément ces motifs qui nous rendent, à l'heure présente, ce rapport particulièrement intéressant, car nous y trouvons un témoignage de l'effort que les États-Unis font pour prendre leur plus grande part possible dans la guerre contre l'Allemagne. Comme nous ils ont et ils s'imposent des restrictions de toute sorte, comme nous ils ont la vie chère, et tout ce qui concerne les articles de première nécessité a augmenté dans des proportions considérables.

L'augmentation sur les œufs était, en 1917, de 20 p. 100; sur le bœuf, de 43 p. 100; sur le beurre, de 18 p. 100; sur le jambon, de 53 p. 100; sur le lard, de 90 p. 100; sur la farine d'avoine, de 58 p. 100; sur le blé, de 96 p. 100. La houille vaut quatre dollars de plus par tonne que l'année précédente. Quant à la main-d'œuvre, elle est hors de prix, et tout faisait présager, pour l'année 1918, une nouvelle augmentation sur toutes choses.

Dans l'ordre médical, comme dans tous les autres ordres, l'effort a été très grand. Nous avons eu déjà l'occasion de

signaler, dans les *Annales*, comment un Comité national d'hygiène mentale s'est formé pour organiser les services psychiatriques dans les armées. Tous ceux qui touchent d'une manière ou de l'autre au corps médical se sont offerts avec empressement pour les besoins de ces services. L'asile de Providence n'a pas été un de ceux où les concours ont été les moindres. L'exemple y a été donné par un des médecins adjoints, le D^r Arthur H. Ruggles, qui dès le début a demandé à venir au delà des mers, qui l'a fait avec enthousiasme et qui a communiqué son esprit de dévouement à une grande partie du personnel de l'asile. A son exemple et avec lui se sont engagés vingt des surveillants ou employés, ainsi que neuf des infirmières, et un bon nombre d'entre eux sont actuellement dans les formations sanitaires de France ou d'Angleterre. Le D^r Ruggles lui-même est en France.

Et pendant qu'un si grand nombre se sont ainsi offerts, ceux qui restent s'appliquent à les remplacer, assumant au besoin des besognes qui n'étaient pas les leurs. C'est ainsi que le D^r Henry C. Call, qui était directeur adjoint de l'asile, y fait fonctions de médecin adjoint à la place du D^r Ruggles, et les autres à l'avenant.

Ab uno disce omnes. Ce qu'a fait ainsi l'asile de Providence, beaucoup d'autres, peut-être tous, l'ont fait. Nous remercions particulièrement le D^r Alder Blumer de nous avoir fourni le moyen d'y rendre hommage.

VICTOR PARANT père.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Société genevoise du patronage des aliénés : XII^e assemblée générale annuelle tenue le lundi 19 mars 1917. 49 pages in-8°. Genève. Imprimerie Albert Kundig, 1917.

E. LUGARO. La *Psichiatria tedesca nella storia et nell'attualità*. 1 vol. in-8° de 367 pages. Firenze, Tipographia Gallileiana, 1917.

JOURDRAN et L. MARCHAND. De la rage chez l'homme. *Presse médicale*, numéro du jeudi 28 juin 1917.

A. PITRES et L. MARCHAND. Quelques observations de syndromes commotionnels simulant des affections organiques du système nerveux central (méningite, paralysie générale, lésions cérébelleuses, sclérose en plaques, tabès). 14 pages in-8°. Extrait de la *Revue neurologique*, numéro de novembre-décembre 1916.

VARIÉTÉS

LES MÉDECINS ALIÉNISTES ET LA GUERRE

Légion d'honneur. — Nous sommes heureux d'annoncer la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur, de notre dévoué collaborateur, M. le Dr Lagriffe, médecin-directeur de l'asile d'Auxerre. Voici la citation, des plus élogieuses, qui lui a valu cette distinction.

« M. LAGRIFFE (Pierre-Lucien), médecin-major de 2^e classe (réserve) : Chef du Service de Santé du 46^e régiment d'infanterie. A assuré avec habileté et dévouement l'évacuation de nombreux blessés au cours des rudes journées du 23 au 26 mars 1918, les empêchant, grâce à son dévouement et à son mépris du danger, de tomber aux mains de l'ennemi. »

Citations. — Nous avons le plaisir d'enregistrer deux nouvelles citations obtenues par les deux fils de notre excellent collègue, M. le Dr A. Adam, médecin-directeur de l'asile de Saint-Georges, à Bourg (Ain). Et d'abord celle de son fils aîné, médecin-adjoint de l'asile de Châlons-sur-Marne, et qui porte la date de mars 1918 :

« M. ADAM (Francisque-Xavier), médecin-major du 23^e régiment d'infanterie. Au cours des opérations autour de Verdun et en particulier pendant la période agitée du 15 au 24 novembre 1917, a fait preuve d'une énergie et d'un dévouement infatigables. Ayant son poste de secours (à la carrière des Anglais), bombardé jour et nuit par des obus toxiques, a dû évacuer successivement son médecin chef de service, un officier chargé des gaz et tout le personnel du poste de secours, puis le médecin et tout le personnel d'un régiment voisin, puis tout le personnel du G. B. D. Est resté le dernier, seul et sans aide.

« Atteint lui-même et très violemment incommodé, a continué à donner ses soins sans relâche aux intoxiqués jusqu'à ce que le régiment ait été relevé. »

La seconde citation, ordre de la division, a été obtenue, à la date du 8 mai 1918, par M. Emile ADAM, médecin sous-aide major du 14^e régiment d'infanterie, et est ainsi libellée :

« Jeune médecin plein d'allant, connu de tous les hommes pour son courage, auxiliaire précieux du médecin de bataillon.

A contribué au fonctionnement parfait du poste de secours du bataillon soumis, depuis dix jours, et particulièrement le 24 avril 1918, à un bombardement extrêmement violent et atteint à plusieurs reprises par des obus de gros calibre (deux citations antérieures). »

Commission supérieure consultative du Service de Santé. — Par décret, M. MARCEL BRIAND, médecin principal de 2^e classe et médecin en chef de l'Asile clinique de Sainte-Anne, a été nommé membre de la Commission supérieure du Service de Santé.

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Décret du 8 mai 1918. — Est nommé chevalier de la Légion d'honneur, M. SIMONET (Marie), directeur de l'asile d'aliénés de Bailleul (Nord). Vingt-sept ans de service. Titres exceptionnels : a fait l'objet de la citation suivante émanant du gouvernement et publiée au *Journal officiel* du 28 novembre 1915 : « Au moment de l'occupation de Bailleul par les Allemands, du 8 au 14 octobre 1914, a pu, par son attitude énergique et grâce au concours dévoué de son personnel, faire respecter tous ses malades et toutes les infirmières, au nombre de 1.800, de l'important établissement qu'il dirige. »

Faculté de Médecine de Paris. — M. le D^r E. DUPRÉ, agrégé, est nommé professeur de la clinique des maladies mentales, en remplacement de M. le D^r Gilbert Ballet, décédé.

Arrêté du 16 avril 1918. — M. le D^r HALBERSTADT, médecin-adjoint de l'asile de Saint-Venant (Pas-de-Calais), est nommé médecin en chef de l'asile de Montdevergues (Vaucluse), en remplacement de M. le D^r BROQUÈRE, admis à faire valoir ses droits à la retraite.

MARTYROLOGE DE LA PSYCHIATRIE (suite).

Le professeur S. Pozzi assassiné par un aliéné. — Dans la soirée de jeudi 13 juin, le professeur Samuel Pozzi fut tué dans son cabinet de consultation par un de ses malades, qui fit feu sur lui à plusieurs reprises avec son revolver et se suicida ensuite. Malgré les soins qui lui furent prodigués, malgré la laparotomie qui fut faite avec le plus grand soin par le D^r de Martel, notre regretté confrère succomba à une abondante hémorragie.

L'aliéné meurtrier est un nommé Maurice Machu, âgé de quarante-deux ans, commis de l'Administration des contributions indirectes, en résidence à Boulogne-sur-Mer. Traité par le professeur Pozzi avec cette bonté et cette bienveillance qui

lui étaient coutumières, Machu, guéri, se montra tout d'abord enchanté de l'intervention du célèbre chirurgien. Mais celui-ci avait malheureusement affaire à un hypochondriaque persécuté, qui l'obséda de lettres et de récriminations, et enfin exigea une nouvelle opération. Notre confrère, accédant à son désir, lui fit écrire qu'il le recevrait le 13 juin, devenant ainsi la victime de sa trop grande bienveillance.

Il n'est pas douteux que Machu était un aliéné dangereux. On recueillit dans ses poches, outre ses papiers d'identité et une certaine somme d'argent, plusieurs lettres. Machu y racontait ses déboires, dont il attribuait l'origine au malheureux professeur; il annonçait qu'il le tuerait, afin que cela servît, disait-il, d'avertissement aux médecins qui ne veulent pas se conformer aux volontés de leurs malades, puis qu'il se tuerait lui-même. Il ajoutait qu'il y avait dans l'une de ses poches une somme de 10 francs pour payer les inspecteurs chargés de transporter son corps.

Tentative de meurtre contre un médecin-major. — On lit dans la *Presse médicale* (numéro du lundi 13 mai 1918) :

« Dans un hôpital complémentaire de Bordeaux, où sont soignés actuellement des prisonniers de guerre, l'un d'eux, Autrichien d'origine serbe, porta au major Dausse, pendant qu'il faisait sa visite et se penchait sur le lit d'un malade, un coup de couteau qui l'atteignit au cou. La lame glissa sur le col de celluloïd que portait le major, dont la blessure, bien que profonde, ne présente pas un caractère de gravité.

Depuis quelques jours, le meurtrier était taciturne. On suppose qu'il a agi dans un accès de folie subite.

NÉCROLOGIE

PHILIPPE REY. — La psychiatrie française vient encore de faire une perte bien douloureuse. Un de nos doyens les plus vénérés et les plus aimés, le Dr Philippe Rey, vient de disparaître à l'âge de soixante-douze ans.

Né à Jonquières (Vaucluse) en 1846, notre confrère avait débuté dans la carrière d'aliéniste par l'internat des asiles de la Seine (1869-75). Il exerça ses fonctions successivement à Ville-Evrard et à Sainte-Anne; puis il fit deux voyages d'études et d'explorations dans l'Amérique du Sud, d'où il rapporta une thèse très remarquable faite sous l'inspiration de Broca : *Etudes anthropologiques sur les Botucodos*, au milieu desquels il avait vécu plusieurs mois. On sait que cette tribu est l'une des plus arriérées du globe. Pendant ses voyages, Rey avait étudié et rectifié le cours du rio Dore; il avait fait aussi de curieuses recherches sur un végétal : l'*Erycherio*

corolidendron, qu'il communiqua à l'Académie des Sciences. Il visita également l'asile Dom-Pedro-II.

En 1881, il fut nommé médecin adjoint des asiles de la Seine; il y passa sept années, tant à Ville-Evrard qu'à Vaucluse. Il fut alors élu membre titulaire de la Société d'Anthropologie (1883), membre correspondant de la Société médico-psychologique (1884) et membre honoraire de la Société de Médecine mentale de Belgique. Il visita et publia des notices très instructives sur les asiles du Portugal et de l'Espagne (1882), de l'Autriche-Hongrie et de la Bavière (1884).

Dès 1875, M. Rey avait rédigé quelques considérations cliniques sur l'ataxie locomotrice dans l'aliénation mentale. En 1885, au Congrès d'Anvers, il fit une communication sur la paralysie générale chez la femme. Vers la même époque, il entretint la Société médico-psychologique des propriétés de l'hypnotisme et publia, d'après les registres de Broca, des études sur l'encéphale et ses différentes parties.

En 1888, il fut nommé médecin en chef de l'asile de Marseille; il conserva ce poste jusqu'en 1897, où il devint directeur-médecin de l'asile d'Aix. Il y resta ensuite deux ans médecin chef, après qu'on eut dédoublé, en 1902, dans cet asile, les fonctions médicales et administratives; puis il retourna à Marseille. Il quitta le service des aliénés le 24 août 1907, après avoir obtenu sa mise à la retraite, et se retira dans cette ville.

En 1891, il avait communiqué au Congrès de Lyon une note sur l'assistance des épileptiques et, la même année, une très curieuse observation de trépanation dans la paralysie générale. Au Congrès de Genève (1896), il étudia le crâne des aliénés.

Dans les dernières années de sa pratique, il se consacra, en dehors de ses fonctions et de son enseignement clinique à l'asile, à l'étude des grands fléaux sociaux de l'alcoolisme et du paludisme et d'une de leurs conséquences sociales les plus graves : les enfants anormaux. Il fut élu président de la Société antialcoolique de Marseille. Enfin, de 1889 à 1901, il fut conseiller général de Vaucluse. Bien des fois, la justice eut recours à son expérience consommée pour résoudre les problèmes les plus compliqués que la médecine légale peut rencontrer dans une grande ville comme Marseille.

Le Dr Rey était d'une grande courtoisie pour ses jeunes confrères qui appréciaient en lui autant les qualités de l'homme que celles du savant.

Il s'est éteint, le 6 janvier 1918, après une courte maladie.

ÉCOLE SPÉCIALE DE NEUROLOGIE FONDÉE EN 1914
A PHILADELPHIE

Les Américains s'organisent de toute manière pour leur participation à la guerre. Au point de vue des services médicaux, nous avons indiqué déjà ici ce qu'ils ont fait de principal; en voici encore un des éléments, qui n'est pas sans intérêt.

En 1914, s'était fondée à Philadelphie une Ecole spéciale de neurologie. En 1916, cette école a cherché à maintenir et à étendre son champ d'action, et elle a compris les maladies mentales dans les objets de son enseignement; neurologie et maladies mentales envisagées particulièrement en ce qui concerne la guerre.

Seize Etats lui avaient fourni ces étudiants. Depuis l'entrée en guerre, un grand nombre de médecins du corps de réserve lui ont été envoyés, sur l'initiative de la direction générale du Service de Santé. Des moyens d'étude de toute sorte ont été mis à leur disposition, savoir : plusieurs grands hôpitaux ayant des services de neurologie, l'asile d'aliénés de Pensylvanie, des cliniques, des laboratoires, enfin des cours très régulièrement organisés.

Depuis la déclaration de guerre, seize des professeurs de l'école sont entrés dans le service militaire. Vingt-sept professeurs sont demeurés et assurent de manière complète et méthodique tous les services de l'enseignement. Les D^{rs} Charles-W. Burr, Francis X. Dercum, S. D. Ingham, Max H. Bachroch, J. Allen Jackson, aliénistes émérites, s'occupent spécialement des maladies mentales et l'on s'est arrangé de manière à pouvoir donner en six mois des connaissances aussi complètes que possible.

Nul doute que cette école ne rende de grands services dans les circonstances présentes, et elle est d'un bon exemple.

AUGMENTATION DE LA CRIMINALITÉ EN ALLEMAGNE

On lit dans la *Semaine médicale* (n° du jeudi 30 mai 1918) :

« La criminalité va sans cesse en augmentant; aussi le député socialiste Mehring a-t-il pu s'écrier, du haut de la tribune, au Reichstag : « La décomposition morale du peuple par « le mensonge, le vol, l'escroquerie, ne peut être compensée « par la gloire des armes. » Et l'évêque de Metz, dans son mandement de carême, ajoute : « L'immoralité, le vol, la licence effrénée sont le triste apanage de cette guerre. » Il est fâcheux

de constater « l'abaissement de la probité commerciale et de la morale publique en Allemagne ».

« Les vols se multiplient ; ils sont devenus plus fréquents depuis l'automne de 1916. A Berlin, les cambriolages sont de 300 en moyenne par jour.

« L'insécurité est très grande dans les rues de la capitale. Elle est due à l'envoi de 2.000 agents sur le front et le personnel de remplacement n'est suffisant ni en nombre ni en qualité. En outre, il se trouve 3.000 condamnés aux travaux forcés, libérés à l'expiration de leur peine, qui ne sont pas admis dans l'armée et qui ne sont pas assujettis à un service civil, à cause de la répulsion manifestée par les employeurs. Pour y remédier, l'autorité supérieure a décidé d'améliorer l'éclairage des rues et de faire exécuter dans chaque quartier des patrouilles militaires.

« La criminalité juvénile prend une extension effrayante. Ainsi, dans le district de Dusseldorf, le nombre des adolescents condamnés par les tribunaux a été de 872 pour l'année 1914 et de plus de 5.000 pour le premier semestre de 1917. Les maisons de correction sont devenues trop étroites et nombreux sont les délinquants laissés en liberté. Le Sanatorium pour alcooliques du Tannerhof, près de Lobau, a été converti en maison de correction.

« Dans les grandes villes, à la faveur de l'obscurité, les actes inconvenants se multiplient.

« A Magdebourg, la municipalité a confié à des femmes la surveillance des rues, au point de vue de la police des mœurs. Elles sont notamment chargées d'arrêter les personnes prises en flagrant délit de racolage.

« Récemment, les pouvoirs publics ont entrepris une campagne contre les fléaux qui menacent la repopulation. Dans ce but, ils ont encouragé les films utilitaires pédagogiques, tels que : « *Que la lumière soit* », film relatif aux maladies vénériennes ; « *Ceux qui vivent dans l'ombre* », drame relatif à la misère imméritée des enfants naturels : « *Soleil vainqueur* », film de la défense contre la tuberculose, et enfin : « *Les misères de l'alcoolisme* ». — D^r BONNETTE.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL

DE

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

Chronique



Le professeur Régis (1854-1918).

Des deuils inoubliables ont affligé la psychiatrie française durant cette longue guerre. Après Ballet et Magnan, c'est le professeur Régis qui disparaît, privant trop tôt la science et l'humanité des grands bienfaits que leur donna sa belle et féconde carrière. Aujourd'hui déjà, tous les aliénistes, tous les initiés à la science des affections mentales saisissent l'importance et la grandeur de son œuvre, la portée de ses travaux, mais sa mémoire apparaît plus majestueuse encore au sein de l'avenir. Régis n'est pas une de ces gloires éphémères acquises par d'heureux hasards, par des faits divers ou de puissantes relations mondaines. Plus les années s'écouleront, plus sa renommée grandira avec les progrès dont il fut l'origine et le grand facteur. Lorsque dans vingt ou cinquante ans, nos successeurs jetteront un coup d'œil en arrière, ils apercevront, planant sur tout l'édifice psychiatrique, la grande âme et la noble figure de celui que nous pleurons maintenant.

Certes des voix et des plumes éloquentes le célébreront à travers les temps. Si aujourd'hui m'est échu l'honneur de rappeler son œuvre, c'est parce que le Directeur des *Annales* a voulu donner la parole au disciple qui répandit les préceptes du grand maître dans les provinces laborieuses, hélas ! aujourd'hui meurtries de notre sol.

Sa mort est un désastre, non seulement pour la science et la nation, mais également, chacun le sait, pour tout le corps des psychiatres où il n'avait que des amis. Nous l'avons tous vu dans nos Congrès, où il donnait l'exemple de l'assiduité et de la plus cordiale confraternité, apporter l'appoint et l'encouragement de ses conseils et de ses lumières à la résolution de nos questions professionnelles. Outre les nombreux travaux qu'il exposait dans ces assemblées annuelles et qui contribuaient puissamment à leur intérêt et à leur éclat, il apportait à chaque discussion son opinion autorisée et bienveillante. Régis, toujours souriant, avait pour chacun une parole, une intention aimable ou délicate. Il était au plus haut degré l'homme conciliant, satisfait d'exprimer, selon les mérites, des louanges ou des encouragements. Chaque psychiatre avait en lui un ami sincère ; pour chacun de ses élèves il était un dévoué protecteur. Sa verve, son entrain d'enfant du Midi et de Bordelais manqueront désormais au charme de nos banquets et de nos réunions.

Qui n'admira l'art et le talent avec lesquels ce grand maître enseignait. Régis fut, dans toute la force du terme, un merveilleux professeur.

La clarté, l'élégance de la parole et du style étaient un de ses apanages. La forme de ses leçons et de ses écrits ne le cédait en rien à la valeur des faits exposés. A côté du savant et du patriote, il y avait en lui un écrivain bien français. Ses manuels classiques et ses

travaux en général jouissaient dans tout le corps médical d'une juste prédilection, aussi bien parmi les médecins des villes que parmi les spécialistes de nos établissements. On n'y trouvait, en effet, aucune expression barbare ou pédante, aucune synonymie ténébreuse inattendue du médecin français. Sa rédaction était simple, correcte et bien médicale.

Souvent, après la lecture de manuels allemands, des étudiants de Lille nous disaient : — Est-il besoin d'avoir étudié la médecine pour être capable de lire ces livres de cuisine? Où sont donc le traitement, l'étiologie?... L'auteur ne paraît pas se douter que les malades ont un corps, voire même un cerveau!... — Ces réflexions résument en elles des vices que, grâce à notre grand maître, la psychiatrie française ne connut point. Bien que loin des frontières, Régis eut la clairvoyance de n'encenser jamais les pseudo-savants qui nous dénigraient et ce peuple qui préparait notre ruine. Il ne cessa de les combattre avec courtoisie, opposant à leur psychologie stérile et sans liens, à leurs constructions sur le sable, les solides et fructueuses acquisitions fournies par l'application à la psychiatrie des découvertes biologiques de chaque jour. Ainsi se continuait et se parachevait l'œuvre des maîtres français Esquirol, Laiséne, Falret, Legrand du Saulle, Baillarger, Ball, etc., qui, pour être aliénistes, n'avaient jamais cessé d'être médecins. Après les découvertes pastoriennes et les travaux de Bouchard, une rénovation s'accomplit dans la chirurgie et dans toutes les branches de la science médicale. Ce fut sous l'impulsion et la direction de Régis que semblable évolution commença dans notre spécialité. Les différentes éditions de ses manuels resteront un des plus beaux monuments de l'histoire des affections mentales. A la première édition de 1884, presque littéraire, succèdent des volumes de plus en

plus imprégnés des notions de la clinique générale, de la pathologie expérimentale et de l'anatomie pathologique. La dernière édition, véritable traité, est le livre à la fois le plus complet et le plus assimilable pour les médecins et les étudiants.

On peut, sans exagération, considérer Régis comme un des fondateurs de la psychiatrie, car il n'est pour ainsi dire pas de chapitre de cette science où il n'ait apporté une contribution nouvelle importante ou un éclaircissement, indépendamment d'autres acquisitions originales. Lorsque Chaslin, dans son bel ouvrage, eut rendu à la confusion mentale la place qui lui convenait, Régis étudia cette affection tout particulièrement et la mit en relief comme le type des troubles mentaux d'origine toxique. Il fut ainsi conduit à en fixer les diverses modalités : les formes aiguës, oniriques, les formes subaiguës, enfin la confusion mentale chronique qu'il détacha du groupe alors confus et incompréhensible des démences précoces. Partant de là, il s'efforça de faire la part de l'infection et de l'intoxication dans toutes les autres psychoses et nous savons quels services le grand Maître a ainsi rendus à la thérapeutique, vers quels progrès réels il sut orienter la psychiatrie. On peut dire qu'avant lui il fut surtout des aliénistes ; avec lui apparaît le *psychiatre* dont le domaine et le rôle vont s'accroître sans cesse et qui à ses fonctions d'expert joindra de plus en plus celles de thérapeute. N'oublions pas aussi que Régis fut un des premiers à découvrir cliniquement et à proclamer l'origine syphilitique de la paralysie générale et à étudier les formes infantiles de la maladie : là encore le service rendu à l'humanité fut des plus conséquents.

L'enseignement de notre Maître eut le grand avantage de présenter aux étudiants des malades récents et non des déments ou des malades chroniques. Les

exagérations de la psychose maniaco-dépressive et la démence précoce étaient nées de la spécialisation trop hâtive et du manque d'observation de sujets appropriés. Régis rendit à la psychiatrie le souffle de jeunesse des anciens auteurs français. Ainsi il put devenir le bienfaiteur de générations de malades qui lui devront d'avoir été mis dans la voie de la guérison.

A côté de la grande œuvre des psychoses toxiques qui constitue déjà un important titre de gloire et un droit à la reconnaissance des hommes, il y a lieu d'envisager d'autres études particulièrement utiles. Les travaux sur les enfants arriérés, les anormaux psychiques, la folie à deux, les régicides eurent un intérêt et une portée pratique et sociale que chacun de nous a appréciés.

Si l'on envisage maintenant les questions d'assistance et d'hospitalisation, on aperçoit en Régis le précurseur de nos organisations de l'avenir. Comme ses maîtres, celui que nous regrettons resta toujours un médecin d'hôpital. Alors que des sommes déraisonnables ont été dépensées sans grand résultat pour des services de chroniques et d'incurables, quels merveilleux fruits il sut faire rendre à la pathologie dans les mansardes de l'hôpital Saint-André! Pendant toute sa carrière il rechercha les malades récents, en période thérapeutique, dont le processus en pleine activité se prête aux investigations biologiques. Ainsi s'établit la distinction en délirants d'hôpital et délirants d'asile. Avec Ballet, il commença la grande entreprise des services psychiatriques d'hôpitaux et celle des hôpitaux psychiatriques, destinée à une vaste extension future. A Lille, l'hôpital d'Esquermes, conçu en 1907 comme simple établissement d'admission, d'observation et de contrôle, s'ouvrit en 1912 comme hôpital de traitement pour les affections mentales, curables, et fonctionna ainsi

jusqu'à l'invasion. Dans le Nord, l'œuvre de notre maître florissait et donnait déjà des résultats appréciés sous le patronage des professeurs Combemale et Raviart.

Est-il besoin de rappeler la part que prit Régis à la discussion de la nouvelle loi sur les aliénés ? Avec Ballet, il ouvrit aux législateurs des horizons nouveaux, leur inspira une orientation plus moderne qui donnait à cette loi chances de voir enfin le jour. En effet, la nouvelle législation pour aboutir doit être une loi d'assistance aux troubles mentaux et non plus une loi sur les aliénés, car tous les malades mentaux ne sont pas, il s'en faut, des aliénés.

On connaît l'incessante activité du Maître en matière d'expertises médico-légales et la haute autorité dont il jouit au Palais. On connaît sa défense de la responsabilité atténuée et de l'avis médical en matière de responsabilité. Aux avocats de Bordeaux, il fit des conférences psychiatriques extrêmement suivies et appréciées.

Cet éminent professeur ne borna pas son rôle à la psychiatrie civile ni à celle du temps de paix : il voyait plus loin..., et en cela il prépara l'assistance psychiatrique militaire qu'Abadie devait réaliser et parachever dans la grande guerre actuelle. Le stage de médecine mentale des élèves de l'École de Lyon, le décret instituant un psychiatre militaire par corps d'armée furent ses œuvres d'avant-guerre. Il fut le fondateur de la psychiatrie militaire. La création des centres neuropsychiatriques aux armées, due à Abadie en 1915, marqua une étape de plus dans la même voie et fit le plus grand honneur à l'École de Bordeaux. Ce fut pour moi-même une bien grande joie d'avoir été appelé alors, avec Dupony, à diriger le premier de ces services fonctionnant près des lignes.

Nombreux ont été les élèves de Régis à l'École de

Santé navale. Quelques-unes des plus belles thèses de pathologie mentale de Bordeaux portent ainsi les noms de médecins de la marine ou des troupes coloniales. Nous avons encore présent à l'esprit le rapport présenté avec Reboul au Congrès de Tunis, en 1912, sur l'assistance aux aliénés des colonies. Le Maître préparait de toutes ses forces la construction d'hôpitaux et d'asiles dans nos possessions extra-européennes.

L'œuvre scientifique du professeur Régis est de celles qui, loin de s'effacer sous l'épreuve décisive du temps, grandissent encore après la disparition de leur auteur; elle représente plus de quarante années de labeur assidu et de recherches.

Après avoir servi la science et l'humanité, ce savant Maître et ce grand Français devait se sacrifier plus encore. A la Patrie il donna le plus beau des présents que peut offrir un homme : il lui donna son fils. Et il subit la plus cruelle des douleurs humaines : la perte prématurée d'un jeune homme plein d'avenir. A ses plus hauts titres de gloire s'ajoute ainsi celui d'un de ses fils mort au champ d'honneur. La santé de notre regretté Maître en fut douloureusement et définitivement ébranlée, et Régis ne survécut que six mois au sacrifice de son enfant.

Avec le chef de l'École de Bordeaux disparaît une magnifique intelligence. Il est mort avant d'avoir assisté à la fin de la guerre et au triomphe de la France, à l'épanouissement complet de son œuvre bienfaisante, avant d'avoir vu s'élever l'édifice sur les assises solides et inébranlables qu'il édifia pour la psychiatrie. Mais son beau nom restera sacré dans notre histoire avec ceux des médecins qui exercèrent une influence décisive sur la pathologie et l'assistance de leur temps.

A sa compagne, M^{me} Régis, nous adressons nos sentiments de condoléance et l'expression de nos douloureux

regrets. A son fils, l'aide-major André Régis, nous exprimons notre amitié, nos encouragements et nos sympathies les plus sincères.

Cher Maître, vous m'avez souvent rempli de fierté en m'appelant votre cher élève. Aujourd'hui, plus fier encore de ce titre, je vous présente, au nom des psychiatres, l'hommage affectueux de notre immortel souvenir. Pour les services rendus à nous tous, pour les bienfaits procurés aux malades, je vous remercie au nom de mes collègues des asiles et notamment de ceux de ma génération, car si nous survivons à la guerre, il nous incombera de continuer avec plus d'ardeur encore votre œuvre impérissable et l'application de vos préceptes. Nous garderons avec piété votre mémoire. Je vous remercie au nom de tous les aliénistes français, des psychiatres des armées. Je vous remercie au nom des soldats traités dans les services de psychiatrie de nos ambulances et de nos hôpitaux.

HENRI DAMAYE,

Médecin de l'Asile de Bailleul, médecin-major
de 2^e classe.

Psychologie morbide.

LA PATHOLOGIE MENTALE

DANS LES DRAMES DE SHAKESPEARE

Par le Dr A. VIGOUROUX,

Médecin en chef à l'asile de Vaucluse.

Victor Hugo, dans la préface de *Cromwell*, s'exprime ainsi : « Shakespeare, c'est le drame qui joue sous le même souffle, le grotesque et le sublime, le terrible et le bouffon, la tragédie et la comédie. » Plus loin, il compare son œuvre « à un grand chêne qui projette une ombre immense, grâce à des milliers de feuilles exiguës et découpées : le théâtre de Shakespeare, abondant en petits détails, est, en même temps et à cause de cela même, imposant par un grand ensemble ».

Dans ces multiples détails, en effet, se reflète la vie tout entière de l'époque de Shakespeare, et on y retrouve, notées par une observation aiguë, les mœurs, les habitudes, les croyances, les travers et les superstitions de ses contemporains.

« Shakespeare, écrit Taine, ne trouve dans l'homme rien qu'il veuille retrancher. Il aime la nature et la trouve belle tout entière et l'accepte dans ses petitessees et dans ses difformités....., il montre l'homme à table, au lit, au fen, ivre, fou, malade ; il ajoute les coulisses à la scène ; il ne songe pas à ennoblir mais à copier la vie humaine et il n'aspire qu'à rendre sa copie plus éner-

gique et plus frappante que l'original. » C'est ce naturalisme simple, cette recherche constante de la vérité qui donne à l'œuvre de Shakespeare l'éternelle jeunesse : la psychologie humaine restant toujours la même.

Les drames shakespeariens contiennent beaucoup de rôles de folie vraie ou simulée ; ils renferment aussi la description d'un grand nombre d'états mentaux anormaux. L'analyse des états psychologiques et psychopathiques a tenté déjà nombre de littérateurs parmi les plus grands : Victor Hugo, Chateaubriand, Taine, Marmier, Jusserand, etc., et un certain nombre de médecins. Notre intention n'est pas de nous livrer à une œuvre critique, nous voudrions simplement présenter, à peine coordonnées, les réflexions que suggère à un aliéniste contemporain la lecture attentive du théâtre de Shakespeare au point de vue de la clinique mentale.

Disons de suite, que l'impression dominante est l'admiration devant la justesse des observations psychopathiques et la netteté de leur description. Le plus souvent il est très facile à l'aliéniste de mettre un nom, une étiquette sur les états morbides décrits ; ces noms ont, sans aucun doute, maintes fois varié depuis trois siècles, il est vraisemblable qu'ils changeront encore, mais les faits d'observation sont et demeurent intangibles.

Dans cette étude il convient tout d'abord d'écarter les fous et les bouffons dont le caractère mérite une analyse particulière. Ils n'appartiennent en rien à la psychiatrie. « Leur folie est un prétexte derrière lequel s'abrite leur esprit pour décocher des traits. » (*Comme il vous plaira*, acte IV, scène IV). Dans la même pièce, Jacques le mélancolique (acte II, scène VII) avait demandé l'habit bigarré du fou pour être libre de dire ce qu'il pense, « car c'est là le privilège des fous ». Ce sont donc des sages, qui, contrairement à leur nom,

font entendre la voix du bon sens et de la raison au milieu des divagations de la passion (1).

Certains héros du théâtre de Shakespeare présentent des troubles mentaux réels allant de la simple neurasthénie au délire incohérent.

D'autres simulent des troubles psychiques qu'ils n'ont pas, dans un but de défense personnelle : Hamlet, Édouard, fils de Gloster.

D'autres, enfin, sont considérés comme fous, alors qu'ils ne le sont pas : Antiphole dans *Les Méprises ou la Comédie des erreurs*, Malvolio (*Douzième nuit*).

L'aspect extérieur, la conduite, les conceptions délirantes des aliénés contemporains de Shakespeare, les causes présumées de leur folie ainsi que leur traitement nous sont connues par les rôles d'Edgar Gloster qui simule la folie pour se dérober aux poursuites (*Roi Lear*), d'Antiphole (*Les Méprises*), de Malvolio (*La Première nuit*), que l'on veut faire passer pour fous.

Edgar s'exprime ainsi : « Pour dérober ma tête au danger qui la menace....., je noircirai ma figure, je ceindrai mes reins d'une couverture, je ferai à ma chevelure de multiples nœuds ; et, le corps nu je braverai l'injure des vents et l'inclemence des saisons. Je prendrai comme modèle ces échappés de Bedlam qui, poussant d'horribles clameurs, enfoncent dans leurs bras nus..... des épingles, des branchettes de bois..... et accompagnent ce spectacle hideux de malédictions insensées ou de prières mettant à contribution la charité des habitants..... »

« C'est le pauvre Tom, le lunatique, dit le veillard ; à

(1) Dans la *Douzième nuit* Viola, parlant de son bouffon, dit : « Ce drôle est assez sage pour faire le fou. Pour bien jouer ce rôle, il faut une sorte d'esprit : il faut qu'il observe l'humeur et la qualité des personnes au dépens desquelles il plaisante, et qu'il prenne bien son temps. »

Gloster....., il est mendiant et fou tout ensemble. Il lui reste donc quelque raison sans quoi il ne pourrait mendier. »

- Dans *Les Méprises*, nous apprenons que la tête des aliénés est tendue d'une certaine façon. Antiphole d'Ephèse, pour se venger du médecin qui veut le faire passer pour fou, lui brûle la barbe et lui fait tondre les cheveux à la façon des aliénés (*Lois ecclésiastiques du roi Alfred*).

Pour simuler la folie, Edgar joue le rôle du délirant possédé; il accuse « le noir esprit de l'avoir fait passer à travers le feu et la flamme, à travers les eaux guéables et les gouffres..... d'avoir mis des conteaux sous son oreiller et une corde sur son prie-Dieu, de la mort aux rats dans ses aliments pour l'inciter au suicide. Il s'accuse d'avoir été un serviteur de la beauté, un orgueilleux d'esprit et de cœur..... de s'être parjuré, d'avoir été perfide, cruel, paresseux, etc. » (Véritable délire d'indignité compliquant le délire de possession.) « Je suis le pauvre Tom, dit-il encore, qui se nourrit de grenouilles, de crapauds, de lézards des murailles et de lézards d'eau. Quand le démon l'agite, Tom mange de la bouse de vache.... avale de vieux rats, des chiens morts; on le conduit de bourg en bourg en le fouettant de verges, on le met dans les ceps, on le punit, on l'emprisonne.... Paix Smolkm, paix Démon..... Le prince des ténèbres est gentilhomme, il se nomme Modo et Mahu (scène VI)..., le démon obsède le pauvre Tom en empruntant la voix du rossignol, Hopdam crie dans mon estomac et me demande deux harengs blancs... »

Enfin quand il devient le guide de son père avengle, il lui déclare : « Le pauvre Tom a perdu la raison....., les démons ont pris possession du pauvre Tom : Obidicut, le démon de la luxure, Hobbididame, qui

préside au mutisme, Mahu le démon du vol, Mado le démon du meurtre, Elibbertigibbet le démon des grimaces. »

Tels sont les symptômes du délire de possession tel qu'on l'observait au commencement du XVII^e siècle et qu'on l'observe encore parfois de nos jours.

Comment la folie était-elle diagnostiquée ? Pour le public par l'incohérence des actes et des propos, par la tenue, la vêtue, etc. Le médecin se livre à un examen plus approfondi. « Cet ignoble scélérat, dit Antiphole..., s'est mis à me regarder dans le blanc des yeux, à me tâter le pouls, puis il a eu le front de s'écrier que j'étais possédé par le malin esprit ». « Le maître et le valet sont tous les deux possédés, s'écrie Lapince (acte IV, scène II), je le vois à la teinte blafarde de leur visage. »

Le traitement de la folie, c'est l'exorcisme pratiqué, soit par le médecin (Lapince), soit par un prêtre (*La Douzième nuit*) ; mais auparavant c'est l'isolement dans une chambre noire, les membres garottés, les cheveux tondus.

Dans *La Douzième nuit*, le bouffon habillé en prêtre et jouant le rôle de messire Topase, exorcise le démon : « Hors d'ici hyperbolique démon, peux-tu bien tourmenter ainsi cet homme..... fi déloyal Satan, je te qualifie en termes modérés, car je suis une de ces bonnes âmes qui traitent poliment le diable lui-même..... »

Ce même bouffon reprenant sa personnalité accepte de faire une commission pour Malvolio après lui avoir fait affirmer qu'il n'était pas fou : « N'est-ce pas une ruse de votre part ? En ce cas je n'ajouterai jamais foi en la folie de quelqu'un que je n'aie vu son cerveau. »

Cette réflexion du bouffon indique que déjà les lésions méningo-encéphaliques de la démence étaient connues et recherchées comme confirmation du diagnostic de démence.

Dans *Les Méprises* nous trouvons également un portrait caricature du médecin aliéniste, une critique de sa prétendue tendance à voir des aliénés dans ceux qui l'approchent.

Un certain Lapince, dit Antiphole, un meurt-de-faim, la face décharnée, un vrai squelette, un charlatan, un misérable jongleur, un diseur de bonne aventure, un pauvre hère à l'œil creux, à la mine affamée, un vrai cadavre ambulante a entrepris de m'exorciser...

Ce Lapince, voyant un officier qui veut s'opposer à l'enlèvement d'Antiphole, s'écrie : « Qu'on garotte aussi cet homme, il est atteint de folie. »

Enfin, Antiphole et son esclave ont pu s'échapper de la maison de Lapince; mais, avant de la quitter ils ont garrotté le docteur, lui ont brûlé la barbe, jeté de l'eau sale sur la tête, tondus les cheveux et ils se sont montrés, en somme, les dignes précurseurs des pensionnaires du professeur Plume.

Dans les rôles d'Edgard, de Malvolio et d'Antiphole, Shakespeare montrait aux spectateurs de son temps les aliénés tels qu'ils les connaissaient ou du moins tels qu'ils les concevaient. Dans les paroles du pauvre Tom quand il accuse Satan d'avoir mis des couteaux et une corde à sa disposition pour le pousser au suicide, le public reconnaissait les débats d'un procès célèbre dans lequel les jésuites furent accusés d'égarer la crédulité publique en s'attribuant le pouvoir d'exorciser les possédés et de favoriser le suicide de ceux qui n'arrivaient point à guérir (*D. Samuel Harsnet, 1603*).

Mais en dehors de ces notions vulgaires sur la médecine mentale et conformes à l'opinion du public de son époque, Shakespeare fait preuve de connaissances beaucoup plus approfondies sur la pathogénie, l'évolution et les signes de la folie. Dans le drame d'*Hamlet*, comme le fait remarquer Chateaubriand, on vit au

milieu de fous vrais ou simulés : Polonius, courtisan débile, radoteur « pauvre sire, fou téméraire et indiscret... » ; Ophélie, sa fille qui devient folle et se tue ; Hamlet qui simule la folie et la frise tout à la fois ; il n'est pas surprenant que nous trouvions, dans cette pièce, des remarques intéressantes sur la définition, les causes et la nature de la folie.

Polonius croit avoir démontré qu'Hamlet est fou et cependant il déclare « qu'il y aurait de la folie à vouloir définir en quoi la folie véritable consiste ».

Auparavant, il a affirmé que la cause de la folie d'Hamlet était la froideur que lui avait montrée sa fille Ophélie, c'est-à-dire l'amour contrarié : « le prince se voyant ainsi rebuté est tombé d'abord dans la tristesse, puis dans un dégoût absolu pour les aliments, puis dans l'insomnie, puis dans la langueur, puis dans la faiblesse de tête et de là, toujours progressant, dans la démence qui le fait maintenant délirer et que nous déplorons tous ».

Dans les *Méprises*, Emilie l'abbesse, qui reçoit Antiphole dans son couvent, émet des opinions curieuses sur l'étiologie de la folie. Après avoir appris d'Adrienne, femme d'Antiphole, que celui-ci depuis une semaine avait éprouvé des modifications du caractère, qu'il était triste, morose, sombre, bien différent de ce qu'il était habituellement, elle lui demande quelle est la cause de ce trouble mental : A-t-il fait des pertes considérables sur mer ? A-t-il eu la douleur de perdre un ami cher ? Ou a-t-il laissé égarer son affection sur quelque objet illégitime ?

Adrienne soupçonne qu'il a eu une liaison coupable et elle avoue que souvent la jalousie l'a incitée à lui faire des reproches ; « seuls, au lit, à table, elle lui faisait des allusions fréquentes ». « Et voilà, s'écrie l'abbesse, ce qui l'a rendu fou : les clameurs d'une

femme jalouse sont un poison plus mortel que la morsure d'un chien enragé. Vos sarcasmes l'ont privé de sommeil... et voilà pourquoi son cerveau s'est dérangé... des repas troublés font de mauvaises digestions, qui elles-mêmes allument le feu dévorant de la fièvre sinon un accès de démence?

« Il n'est pas d'être vivant homme ou animal qui troublé dans ses repas, ses plaisirs, son sommeil, ce doux réparateur des forces de la vie, ne tombent en démence. »

Cet exposé si précis des causes pathogéniques de certains délires au rapport des causes morales et des causes physiques paraît avoir été écrit de nos jours.

Hamlet. — L'analyse psychologique du caractère d'Hamlet a suscité de nombreux travaux de critique et a donné lieu à des opinions très différentes. Hamlet a été successivement considéré comme doué d'un caractère particulièrement faible ou d'une énergie peu commune. Tour à tour il a été regardé comme un dément ayant de la stéatose cardiaque, comme un mélancolique à la période d'incubation de sa maladie, comme un homme atteint d'hypocondrie morale, comme un aboulique incapable d'accomplir la grande mission dont il était chargé, comme un excité, demi-monomane, parlant et agissant comme s'il était en proie à une attaque de nerfs continue. Enfin, tout récemment un médecin autrichien n'a-t-il pas reconnu chez lui une répugnance sexuelle congénitale ayant donné lieu à l'hystérie, et un amour incestueux inconscient (concept Œdipe) qui, paraît-il, expliquerait par des voies indirectes son impuissance à châtier l'amant de sa mère?

Le personnage d'Hamlet est évidemment très complexe. Mais peut-être cette complexité au moins apparente n'a-t-elle pas été voulue et cherchée par Shakes-

peare. Elle est en partie due, en effet, à un certain nombre de contradictions relevées dans la psychologie du sujet, contradictions qui ont pu échapper à la plume de Shakespeare et qu'expliqueraient sa façon de travailler, et l'indifférence coupable qu'il a manifestée pour ses œuvres qu'il n'a jamais réunies en volume et qu'il n'a jamais vues imprimées.

« Bon nombre d'incohérences, écrit M. J.-J. Jusserand dans son *Histoire littéraire du peuple anglais*, sont dues à la rapidité de composition... Il n'est pas moins indifférent que ses spectateurs aux dates, à la géographie et aux réalités historiques, etc., même insouciance pour la couleur locale (les Troyens jouent aux cartes, citent Galien, tirent au pistolet, etc...). Il n'a qu'un maître, son public, il en est le fidèle serviteur. »

Bien qu'Hamlet ait été, comme l'a noté Taine, le héros préféré de Shakespeare qui, à dix-sept ans de distance, a écrit deux fois la pièce, et qui a placé dans sa bouche des opinions artistiques et philosophiques, paraissant lui être personnelles, il est permis d'attribuer à une certaine négligence de la composition certaines inconséquences qui tendent à obscurcir la silhouette du personnage déjà compliqué, parce que très vivant.

C'est ainsi qu'Hamlet paraît peu logique avec lui-même quand, dans le fameux monologue « être ou ne pas être », il met en doute la réalité de l'autre monde « d'où pas un voyageur n'est revenu », alors qu'il a conversé avec l'ombre de son père, alors que plus tard il ne tuera pas son oncle en prière afin que le criminel soit puni dans l'autre monde. Dans le premier monologue où, en termes si énergiques, il se reproche son inaction et même sa lâcheté, n'est-on pas surpris d'apprendre à la fin de ses imprécations qu'en réalité il n'est pas encore certain de la culpabilité du roi, qu'il

craint d'avoir été le jouet du démon et qu'avant d'agir il désire acquérir la certitude, en faisant jouer par les acteurs la scène du meurtre? Pourquoi alors un si profond mépris de lui-même?

Enfin, le monologue de la fin de la scène II de l'acte III: « Voici l'heure de la nuit propice aux tragiques mystères... », ne peut se comprendre, si on ne sait que l'Amleth de la légende s'adonnait à la magie et que c'est grâce à des divinations étonnantes qu'il a conquis la faveur du roi d'Angleterre.

Il ne convient donc pas de faire une analyse trop minutieuse de chacune des paroles et de chacun des gestes d'Hamlet; il faut au contraire en voir l'ensemble du caractère et alors on est forcé d'admirer la puissance du génie qui, suivant l'expression de M. Jusserand, « a tiré de la poussière des chroniques et d'un fantoche de bois un drame émouvant et un homme de chair et d'os dont l'œil brille et le cœur bat; et qui passe par les angoisses, les terreurs et les joies que nous connaissons et que nous attendons ».

Shakespeare a tiré le sujet de sa tragédie de l'histoire V du conteur Belleforest, et son drame n'est pas complètement dépouillé de la fiction légendaire. François-Victor Hugo a longuement exposé les similitudes et les divergences de l'histoire et du drame, et nous ne pouvons que renvoyer le lecteur à la préface de sa traduction d'Hamlet. Nous nous contenterons de rappeler certains traits : Dans la légende, le crime est public, le roi et ses partisans ont usurpé le pouvoir. Amleth simule la folie, non seulement pour arriver à venger son père et à reconquérir le trône, mais pour défendre son salut et sa vie; il évite les pièges qui lui sont tendus dans le but de déceler la simulation soupçonnée « par des hommes accorts et qui ont le nez long »; dans son entrevue avec sa mère qui est une de ces

épreuves, il tue l'espion et fait disparaître son cadavre en le donnant à manger aux porcs ; il se fait une alliée de sa mère « qui l'accole comme une mère vertueuse » ; il est envoyé en Angleterre, conquiert la faveur du roi grâce à la magie, science avec laquelle le malin esprit abuse les hommes et à laquelle son père l'a initié ; il épouse la fille du roi, revient en Danemark, tue le roi et détruit ses partisans par le feu.

Bien que très modifié, le drame dans ses différentes péripéties suit les indications du conte de Belleforest, et la persistance de certains traits donne lieu parfois à quelques obscurités.

La simulation de la folie d'Hamlet est donc conforme à la légende, c'est là un premier point qui a son importance.

Voyons sur quelles bases repose l'opinion des auteurs qui voient dans le héros de Shakespeare un aliéné véritable, simulant cependant la folie. Cette interprétation s'appuie sur certaines paroles et sur certaines attitudes susceptibles de donner lieu à cette interprétation, qui peuvent, à notre avis, être expliquées de façon différente et plus normale.

Acte II. Scène II. Rosencrantz et Guildenstern, amis de jeunesse, sont envoyés par le roi près d'Hamlet pour le surveiller et savoir non pas s'il est fou, mais quelle est la cause de sa folie. Hamlet se méfie d'eux ; il obtient avec peine l'aveu qu'ils ne sont pas venus à lui spontanément. Enfin, après avoir dit dans un aparté : « J'ai l'œil sur vous », il ajoute : « Mes aveux iront au-devant de vos investigations et le secret que vous devez au roi ne subira pas la moindre atteinte, j'ai perdu toute ma gaieté, je ne sais pourquoi, j'ai renoncé à toute espèce d'exercice et je me sens dans l'âme une telle tristesse que cette merveilleuse machine la terre ne me semble plus qu'un stérile promontoire, etc. »

Cet aven, s'il était sincère, impliquerait l'existence d'une véritable hypochondrie morale, d'une dépression mélancolique débntante.

Mais cet entretien se termine par la déclaration : qu'il est fou quand le vent souffle du nord-nord-ouest ! Quelques instants plus tard, il dira à ces mêmes amis : Pour quel imbécile me prenez vous ? vous ne pouvez tirer des sons harmonieux d'une flûte, et vous voudriez me faire vibrer tout entier ! et vous cherchez à sonder le fond de mon cœur pour m'arracher mon secret ! De toute évidence cette déclaration n'est pas sincère, elle a pour but de tromper les faux amis qu'il reconnaît pour des espions. D'autre part, les symptômes qu'il décrit si bien n'ont rien de commun avec les signes et la folie conventionnelle qu'il manifeste.

Dans la scène II de l'acte V, lorsqu'Hamlet demande à Laerte de lui accorder son pardon au sujet des violences auxquelles il s'est livré sur lui, il lui dit : « Toutes les personnes ici présentes savent et vous-même avez dû l'apprendre, que ma raison est affligée d'un cruel égarement. » (*How i am primished with son distraction*)... « Si j'ai pu vous blesser dans vos sentiments... c'est le résultat de la démence ». Cette déclaration faite devant le roi et la reine, devant toute la cour qui le considère comme atteint de folie, est contredite, semble-t-il, par l'aven qu'il avait fait à Horatio dans la scène précédente. « Je suis désolé de m'être oublié vis-à-vis de Laerte... mais l'empatique exaltation de sa douleur m'avait mis hors de moi. » (*Un bravery of his grief did put me into a towering passion*).

Plutôt que l'aven étrange d'une folie dont il aurait eu conscience, ne doit-on pas voir dans l'évocation de la démence une excuse facile et naturelle de la part d'un homme simulant la folie ?

Manifeste-t-il des symptômes réels de folie dans

l'instant qui suit son entretien avec le spectre, dans l'entrevue avec sa mère, quand il est désespéré, au cimetière, devant la tombe d'Ophélie? Non.

Les signes de désordre psychique exprimés sont en rapport avec des chocs émotionnels suffisamment forts pour les expliquer.

Nous ne discuterons pas l'apparition de l'ombre du roi en tant qu'hallucination pathologique. Le spectre est apparu à d'autres personnes avant d'apparaître à heure fixe à Hamlet et à son entourage. A l'encontre du spectre de Banquo, visible pour le seul Macbeth, le spectre du roi est visible pour tous. « Shakespeare, dit Fr.-Victor Hugo, a évoqué des profondeurs de son génie le spectre du roi assassiné, à l'égal d'Eschyle conjurant l'ombre de Darius dans la tragédie des Perses. » Peut-être pourrait-on chercher dans le renom de magicien, que dans la légende posséda le père d'Hamlet, l'origine de cette apparition? Toujours est-il que c'est un procédé scénique d'un effet dramatique des plus puissants, mais on ne peut voir là une hallucination symptôme d'un dérangement cérébral.

Toutefois, du fait même de cette apparition surnaturelle et des révélations qui lui sont faites, Hamlet est soumis à une émotion des plus violentes. Il est ému d'avoir vu l'ombre de son père, il est ému d'avoir appris la culpabilité de sa mère et du roi, il est ému enfin parce qu'il se rend compte que les protestations d'amitié du roi sont hypocrites et que sa vie même est en danger. Sous l'action de ce choc émotif complexe, il est déséquilibré et énervé, dans son esprit se mêlent des sentiments divers : indignation contre l'énormité du crime et la force d'hypocrisie des criminels, désir de vengeance; déjà il ébauche des projets d'attaque et de défense personnelle. A ce moment, il tient des propos peu cohérents, son attitude est bizarre. Mais ce désarroi

psychique n'est que momentané et bientôt Hamlet retrouve le calme et peut établir un plan d'action.

Dans cette perturbation mentale transitoire qui confine à la confusion mentale émotive, on ne doit voir que les réactions morales et physiques à une série d'émotions et non des symptômes de folie.

Il en est de même de la scène de violence d'Hamlet et Laerte sur le tombeau d'Ophélie. Il apprend brusquement la mort de sa maîtresse « qu'il aimait de passion profonde, d'une affection que n'aurait pu égaler celle de 40.000 frères » ! Il est irrité par l'emphase avec laquelle Laerte exprime sa douleur. Il s'excite et là encore l'exaltation coléreuse qu'il manifeste s'explique par le choc émotionnel et n'a pas dépassé les bornes de la normale.

C'est encore à l'émotion ou plutôt à la sommation d'émotions successives qu'il convient de demander la pathogénie de l'hallucination qu'Hamlet éprouve au cours de l'entrevue avec sa mère. Cette fois, c'est bien une hallucination vraie, à la fois visuelle et auditive, qu'il éprouve. Il est seul à voir l'ombre du roi et à entendre ses paroles. Lui-même parle à l'ombre. Il s'étonne que sa mère ne voie ni n'entende rien. Il présente tous les signes extérieurs de la frayeur la plus vive et de l'étonnement : « Son âme toute entière semble sortir par ses yeux égarés, ses cheveux se dressent hérissés ». Cette apparition est du reste admirablement amenée. Hamlet est arrivé à être certain du crime du roi et de la culpabilité de sa mère. La scène du théâtre qui lui a donné cette certitude et l'a déterminé à l'action est également cause de son départ pour l'Angleterre. Il a eu l'occasion de tuer son ennemi en prière, par un raffinement de cruauté, il a sursis à son exécution, mais il a donné la mort à un innocent, à Polonius, le père de sa maîtresse. C'est à ce moment que

voulant se montrer inflexible « mais non fils dénaturé », il fait à sa mère des reproches dans des termes tels que « dans chacune de ses paroles, il y a un poignard ». Sa mère est assise au-dessous du portrait de son père, il fixe ce portrait en faisant le parallèle entre les deux frères, l'un parfait au physique et au moral, l'autre « dénué » de grâce, un misérable, un assassin, un coupeur de bourses, un voleur de couronnes ».

C'est à ce moment que, se détachant du tableau, apparaît l'ombre. Hamlet frémit et se reproche d'avoir trop tardé à exécuter les ordres donnés : « Viens-tu pour réprimander les lenteurs de ton fils ? » et l'ombre, confirmant comme toujours les craintes ou les espoirs des hallucinés, répond : « Cette apparition a pour but de réveiller ta résolution assoupie. »

C'est là une hallucination qui rappelle les hallucinations hypnagogiques et que peuvent éprouver les personnes dont le cerveau est surexcité par une série de choes émotifs et fatigué par des préoccupations obsédantes. Mais ce n'est pas une hallucination d'aliéné.

Son effet dramatique n'est pas à discuter.

Hamlet n'était donc pas, dans l'esprit de Shakespeare, un fou. Comme Amleth, le héros de la légende, il a simulé la folie pour des motifs de sécurité personnelle et des buts de vengeance.

Hamlet est-il un aboulique, un débile de la volonté incapable de passer de la décision à l'action ? Si on s'en rapporte à ses actes, on le voit brave, courageux, téméraire même. Comme le héros de la légende, il a la fermeté de simuler la folie longtemps sans jamais se trahir même devant Ophélie qu'il aime. Dans cette persévérance nous voyons la forme de la volonté la plus rare. Quand le spectre apparaît, il n'hésite pas à le suivre seul ; il organise le spectacle qui placera sous les yeux du roi l'image de son crime ; il se montre cruel

vis-à-vis de la mère pour laquelle il avait tant d'affection; il tue Polonius le prenant pour le roi; dans son voyage en Angleterre il exécute une résolution téméraire en modifiant le contenu de l'enveloppe de ses compagnons, etc. Peut-on soutenir qu'un tel homme manque de volonté?

Cependant l'opinion qui attribue à Hamlet un caractère faible repose à la fois sur des textes et sur un fait.

Le fait consiste en ce qu'il ne met pas à exécution ses projets de vengeance aussitôt qu'ils ont été conçus. Peut-être, de même qu'Amleth, n'en a-t-il pas trouvé l'occasion. Peut-être aussi n'a-t-il pas voulu se déterminer avant d'avoir obtenu la certitude. Il est vrai qu'il aurait pu tuer le roi alors qu'il l'a trouvé en prière. Mais s'il surseoit à sa vengeance, c'est par un raffinement de cruauté, c'est pour éviter qu'étant en état de grâce, le roi n'échappe pas à la punition céleste. Il existe un motif plausible : ce n'est pas de l'aboulie.

Le texte sur lequel repose l'imputation de débilité de la volonté est le monologue réputé où il se reproche son inaction, où il se qualifie de lâche, d'âme de boue, d'intelligence épaisse, etc.

Nous avons déjà signalé l'inconséquence de ces reproches injustifiés si mettant en doute la réalité des affirmations du spectre de son père, « peut être l'œuvre du démon », il n'avait pas encore acquis la certitude du crime de ses parents. Ne doit-on pas admirer sa prudence, quand, se défiant du témoignage de ses propres sens, il demande à Horatio d'observer le visage du roi avec vigilance, quand son propre crime sera représenté devant lui, afin que son jugement vienne confirmer le sien?

Enfin, la question qu'il pose à la seconde apparition de l'ombre de son père « sur les lenteurs de son fils qui

néglige l'exécution des redoutables commandements » révèle, sans doute, la crainte que son père n'ait pas approuvé qu'il ait laissé échapper l'occasion de tuer le roi en prière ; mais au moment présent sa résolution n'est pas assoupie, suivant les ordres antérieurs, « il épargne sa mère, abandonnant son châtiment au ciel tout en cherchant à le faire revenir à de meilleurs sentiments ».

D'autre part, le coup d'épée qu'il vient de donner à travers la tapisserie montre qu'il était résolu à tuer le roi, car il s'écrie en reconnaissant Polonius : « Je l'ai pris pour un personnage plus important. »

Si maintenant nous examinons les symptômes d'aliénation qu'il manifeste, nous remarquons qu'ils constituent une forme très conventionnelle de folie. Quand il déraisonne, ne répondant point aux questions qui lui sont posées, il fait des réflexions très profondes, il lance des pointes acérées, il a des répliques extrêmement mordantes. Le roi qui a assisté à un entretien avec Ophélie déclare « bien qu'il manque un peu de logique, son langage n'a pas le caractère de la folie ». « Quelle justesse il y a dans ses répliques, déclare Polonius, les réparties des insensés ont parfois un bonheur d'à-propos que la raison la plus saine ne saurait avoir. »

Son attitude, telle au moins qu'Ophélie la fait connaître à son père, est étrange et emphatique : « tête nue, vêtement en désordre, il l'a prise par le bras, il l'a fixée longtemps comme s'il voulait la dessiner, puis a secoué le bras, a remué la tête, a soupiré et est sorti ».

Ce trouble mental apparent ne l'empêche pas de remettre à sa maîtresse un billet l'engageant à lui rester fidèle quoi qu'il arrive : « Doute que la vérité soit la vérité, ne doute jamais de mon amour ».

N'a-t-il pas fait connaître très franchement son intention de simuler la folie quand il fait prêter serment à

Horatio et à ses amis? « Quelque singularité que vous remarquiez dans ma conduite, si par suite je juge convenable d'affecter des manières bizarres, jurez par le salut de vos âmes... »

A sa mère, lorsqu'il lui déchire le cœur par ses révélations, il affirme également qu'il n'est pas fou : « Ce n'est pas sous l'influence du délire que j'ai parlé, interrogez-moi... » Toutes ces conversations avec Horatio confirment la rectitude de son jugement.

Enfin, si dans le texte même du drame, nous reconstituons la personnalité d'Hamlet d'après les renseignements fournis par ceux qui l'ont connu avant la mort de son père et par lui-même, nous n'arrivons pas à la conception d'un individu constitutionnellement taré, bien au contraire. Sans insister sur son physique au sujet duquel la simple phrase, peut-être apocryphe de la reine : « Notre fils est gras et court d'haleine », a soulevé tant de discussions, nous rappellerons simplement qu'il est d'une habileté réputée aux exercices du corps et principalement à l'escrime. Au moral, il nous apparaît comme un homme d'une intelligence élevée, instruit, occupé de nobles études, s'intéressant à l'art dramatique, à la philosophie. Il est d'habitudes plus raffinées que ses compatriotes et ses contemporains dont il critique sévèrement les orgies. Bien qu'élevé à la cour, il déteste le mensonge et l'hypocrisie, il poursuit de ses sarcasmes la bassesse et la complaisance des courtisans. Il est très affectueux pour ses parents, ses amis et sa maîtresse. C'est un tendre peu expansif. A propos de la mort de son père, il déclare : « J'ai dans le cœur une douleur qu'aucune manifestation extérieure ne peut rendre... Il me semble que je vois mon père par les pores de mon âme. » On comprend sa déception et son humiliation, ses idées de suicide même, quand il voit sa mère épouser son oncle assez tôt pour

que « la desserte du convoi funèbre ait fourni de viandes froides le repas de nocces ». Son caractère est égal et facile. « Il est insouciant et généreux, sans l'ombre de défiance », dit le roi à Laërte. « Je ne suis ni méchant ni emporté, dit-il lui-même, mais il est dangereux de me pousser à bout. »

« Quelle noble intelligence, s'écrie Ophélie, coup d'œil d'homme de cour, épée de guerrier, parole de savant, miroir du bon ton..., espérance et fleur de ce beau royaume. » N'a-t-il pas su en effet se faire apprécier du peuple lui-même, et cela de l'aveu même de son oncle? « Il s'est attiré l'extrême affection du peuple, dit le roi à Laërte, et cette affection couvrirait toutes ses fautes; il est aimé de la multitude insensée... » Enfin, Fortembras, qui lui fait rendre les derniers honneurs, déclare : « S'il eût vécu, il eût été un grand roi. »

Ce tableau n'est pas, on l'avouera, celui d'un homme atteint d'un déséquilibre mental quelconque.

Hamlet nous apparaît comme un être équilibré et réfléchi. Mais équilibre mental et réflexion ne veulent pas dire immuabilité. Hamlet n'est pas un caractère tout d'une pièce et c'est ce qui fait son charme : il n'est pas un héros de drame toujours égal à lui-même, toujours supérieur aux événements. Il connaît les scrupules, les défaillances, les doutes qui assiègent tous les hommes de pensée. Ce rôle de justicier qui lui incombe subitement, rien ne l'a préparé à le remplir : il l'accepte comme un devoir, il l'exécutera quand il aura acquis la certitude. Parfois il est pris de scrupules légitimes et parfois aussi il sent défaillir son courage et il est effleuré par l'idée de chercher le repos dans la mort. A ce moment, il fait peu de cas de la vie qui ne lui semble supportable que par la crainte de l'Au-delà; plus tard, durant le voyage en Angleterre, sous la

pression du péril, il deviendra téméraire. « Grâce soit rendue à la témérité, parfois notre imprudence nous vient en aide, alors que nos calculs sont impuissants, cela doit nous apprendre qu'il est une Providence dont le nom façonne nos projets. »

Suivant les moments, son humeur varie, avec une tendance toutefois à la tristesse et au pessimisme, sentiment qu'expliquent assez les circonstances auxquelles il est soumis.

Son système philosophique, bien que variable, n'est pas incohérent : il a une tendance constante au déterminisme sinon au fatalisme. A plusieurs occasions, il manifeste le peu de foi qu'il a dans le libre arbitre :

« Nos résolutions nous appartiennent, fait-il dire au roi de théâtre, mais leur accomplissement ne dépend pas de nous. » « Pas un moineau, déclare-t-il à Horatio, ne meurt sans un ordre spécial de la Providence; si mon heure est venue, elle n'est pas à venir. »

Cependant, il n'est pas le fataliste passif, il aide l'action de la Providence par sa persévérance, son courage et même sa témérité, et bien qu'il prétende que la réflexion « projette sa teinte pâle et livide sur la couleur éclatante de la résolution », il montre qu'il est capable de réfléchir, de se déterminer et d'agir.

De cette étude, nous concluons donc qu'Hamlet n'est ni un aliéné, ni un déséquilibré impulsif ou aboulique et que la folie qu'il a simulée était toute de conventions, très analogue à celle qu'on représente encore aujourd'hui sur les théâtres (1).

(A suivre.)

(1) Mounet-Sully, dans ses mémoires récents, indique qu'il a eu la même conception d'Hamlet, homme normal simulant la folie.

Pathologie

LES MALADIES MENTALES

ET LES

NÉVROSES DE GUERRE DANS L'ARMÉE BRITANNIQUE

HOSPITALISATION ET TRAITEMENT

Par le D^r A. CULLERRE

La nécessité d'assurer l'hospitalisation et le traitement du nombre énorme de maladies mentales et nerveuses nées de la guerre, qui, en bloc, comptent pour un septième des réformes de l'armée britannique, et pour un tiers, si l'on met à part les réformes à la suite de blessures, a conduit en Angleterre le D^r Thomas W. Salmon, major du corps médical de réserve de l'armée des États-Unis (1), dans le but de profiter de l'expérience de ce pays, et d'étudier les solutions qu'il a données à ces importants problèmes. Nous allons résumer, le plus succinctement possible, le Mémoire dans lequel il a condensé le résultat de ses recherches, en faisant observer qu'il a systématiquement laissé de côté tout ce qui concerne les affections organiques du système nerveux central et périphérique.

(1) The care and treatment of mental diseases and War neuroses (*shell shock*) in the British Army, par Thomas W. Salmon, M. D. major medical officers' Reserve corps United States Army (Publié par le Comité de guerre de la Société d'hygiène mentale, New-York, 1917).

I. — MALADIES MENTALES.

Au 31 mars 1917, les aliénés entraient dans la proportion de 1,1 p. 100 dans le total des malades traités dans les hôpitaux militaires de la Grande-Bretagne. La proportion fournie par le corps expéditionnaire a été trois fois plus forte que celle des autres troupes, et la proportion des officiers, dans les deux catégories, n'a été que du tiers de celle des hommes. Ce point est d'autant plus important à noter que le nombre des officiers atteints de névroses de guerre a été quatre fois plus élevé que celui des soldats. 6.000 aliénés sont annuellement évacués des différents corps de troupe sur les hôpitaux militaires spéciaux. Tandis que la proportion des aliénés fournis par la population civile de la Grande-Bretagne est d'environ 1 p. 1.000, celle des troupes non combattantes a été de 2 p. 1.000 et celle des troupes combattantes de 4 p. 1.000.

Les statistiques démontrent que le taux des cas d'aliénation mentale dans l'armée britannique est moindre actuellement qu'au début de la guerre et qu'il n'a jamais atteint les chiffres élevés des guerres précédentes. L'accroissement considérable et continu des névroses de guerre montre que celles-ci tendent à se substituer aux psychoses, et il y a bien des raisons de penser que l'énorme proportion des cas d'aliénation mentale enregistrée pendant la dernière guerre hispano-américaine et celle des Boers résulte de ce qu'on ne savait pas encore faire le diagnostic de ces névroses plus ou moins graves qui, dans la conflagration actuelle, sont groupées sous le nom de névroses commotionnelles (*shell shock*, mot à mot : commotion d'obus). Encore actuellement, 20 p. 100 des 6.755 malades évacués de France, au 31 mai 1917, sur la section psychiatrique de l'hôpital royal Victoria, ont dû être dirigés sur des

services de nerveux, et 10 p. 100 des 1.749 nerveux évacués sur l'hôpital de la Croix-Rouge de Maghull pour névroses de guerre ont dû être envoyés dans des asiles d'aliénés.

Le rapatriement, dès le début de la guerre, d'un nombre considérable de mentaux souleva des difficultés qu'on s'ingénia à résoudre. Le petit service d'aliénés dont disposait l'armée à l'hôpital royal Victoria, de Netley, ne contenant que 128 places et n'étant pas susceptible d'extension, on se résigna à placer les soldats aliénés, sous certificat, dans les asiles publics de comtés; mais l'opinion publique, en raison de ses préjugés sur ces établissements, ne vit pas d'un bon œil les défenseurs du pays subir ainsi la double tare de la folie et du paupérisme (*pauper lunatics*). On prit alors un asile de comté sur dix pour l'affecter à l'usage exclusif du Service de Santé, à titre d'hôpital militaire général, ce qui permit d'approprier, dans chacune des unités ainsi réquisitionnées, un service spécial pour mentaux. C'est ainsi qu'il y a actuellement en Grande-Bretagne et en Irlande 3.400 lits consacrés, dans les hôpitaux militaires, au traitement de l'aliénation mentale. Tous les cas passent d'abord par le service de triage de Netley, qui les répartit dans les divers services dont il vient d'être question. En France, le Service de Santé anglais n'a prévu qu'une installation provisoire de 125 lits.

Des 31 asiles convertis en hôpitaux militaires, 3 sont utilisés en totalité ou en partie pour les mentaux; mais, depuis 1915, en raison des préjugés populaires dont nous avons parlé, on n'y envoie plus que les paralytiques généraux, les épileptiques et les déments.

Les non-combattants devenus aliénés sont placés d'office dans les asiles ordinaires, à moins qu'il puisse être établi que la maladie a été causée ou aggravée par le service militaire.

Ces diverses mesures, bien que judicieuses, ne donnent cependant pas entière satisfaction. Les autorités ont forte tendance à adopter envers les soldats devenus aliénés une attitude moins généreuse qu'envers les autres victimes de la guerre. Elles sont disposées à se décharger de leurs responsabilités sur le malade ou sur sa famille en exaltant le rôle pathogène des dispositions héréditaires ou constitutionnelles des malades et en tenant pour négligeables les influences nocives de la vie du soldat en guerre. Celles-ci ont cependant une action déterminante de première importance. Il n'est pas le moins du monde certain, par exemple, qu'un jeune soldat, même avec un Wassermann positif, fût devenu paralytique général s'il n'eût pas été exposé à la suprême épreuve du service en campagne pendant de longs mois. Il résulte de cette attitude officielle que les mentaux sont insuffisamment traités dans les hôpitaux militaires et qu'ils n'y sont pas conservés le temps nécessaire à leur guérison.

En 1916, dans les 3.400 lits consacrés, dans le Royaume-Uni, aux cas mentaux, il passa environ 6.000 malades.

Les types cliniques observés ne diffèrent pas de ceux que l'on rencontre dans la vie civile. Il n'y a pas de *Psychoses de guerre*. Tout au plus les événements de la guerre contribuent-ils à donner aux éléments symptomatiques une couleur spéciale. Ce qui diffère, c'est la proportion réciproque des diverses formes mentales, en raison de l'âge qu'ont les aliénés de l'armée.

Il résulte des observations et des statistiques de plusieurs spécialistes que la *Débilité mentale*, par exemple, s'y rencontre dans la proportion de 18 p. 100, chiffre énorme, qui montre avec quelle indifférence certains officiers de recrutement s'acquittent de leurs fonctions en ce qui regarde cette infirmité. L'expérience démontre

suffisamment que si cette catégorie d'individus a pu être utilisée dans les armées d'autrefois, les conditions de la guerre moderne ne permettent plus d'en tirer parti. Beaucoup de débiles évacués dans les hôpitaux comme aliénés étaient atteints de confusion mentale ou d'excitation maniaque passagères; ils ne tardaient pas à s'améliorer dans ce nouveau milieu. Les débiles ne sont que rarement atteints de névroses de guerre. Les malades de cette catégorie se recrutent principalement dans un milieu intellectuel dont le niveau est élevé.

La *Paralysie générale* fournit 2 p. 100 environ des aliénés évacués. Il est d'une évidence indiscutable que les fatigues de la guerre accélèrent l'évolution de cette maladie. Plus l'âge des recrues s'élève, plus la proportion des cas de paralysie générale grandit. Dans la flotte, dont le contingent a été considérablement augmenté par l'incorporation d'hommes de la réserve, la paralysie générale a atteint un chiffre complètement inconnu en temps de paix.

Les *Psychoses maniaques dépressives* représentent 20 p. 100 de toutes les admissions. La grande proportion des phases dépressives est très frappante. La couleur des hallucinations et du délire est invariablement fournie par les événements de la guerre (1).

Les *Psychoses alcooliques*, et en particulier le *Delirium tremens*, sont presque exclusivement fournies par les non-combattants et les hommes âgés de l'arrière, qui sont à même de faire des excès alcooliques; elles sont presque inconnues au front. Dès les premiers jours de la guerre, on en observait souvent des cas parmi

(1) Il est probable que, dans ces soi-disant psychoses maniaques dépressives, se sont glissés de nombreux cas qui n'ont aucun droit à cette appellation. Le lecteur n'oubliera pas que l'auteur que nous analysons a utilisé des documents officiels tels qu'ils lui ont été fournis.

les alcooliques récemment incorporés et privés de leur dose habituelle d'excitant. Les tentatives de suicide sont très communes parmi les militaires intoxiqués. On devrait écarter de l'armée tout suspect d'alcoolisme.

Les *Démences précoces* sont dans la proportion de 14 p. 100. Les observations démontrent que, dans la plupart des cas, les premiers symptômes de l'infection ont commencé à se manifester très peu de temps après l'incorporation. Il est probable qu'elle existait déjà à ce moment. Les événements militaires semblent n'avoir modifié en rien sa symptomatologie habituelle.

L'*Épilepsie* représente 7 p. 100 des malades reçus à l'hôpital de guerre de Dykebar. Chez tous, sauf un, l'affection préexistait au recrutement.

Les hôpitaux spéciaux ont reçu un grand nombre d'*États psychopathiques constitutionnels*. Les individus groupés sous cette dénomination ne représentent probablement qu'une faible partie des déséquilibrés, instables et dégénérés de l'armée. Les différents groupes disciplinaires en renferment certainement un plus grand nombre. Le motif de leur hospitalisation est, en général, un accès délirant aigu ou un état relevant de l'expertise médico-légale.

Le major Salmon est d'avis que, dans les données qui précèdent, il y a matière à diverses leçons pour les États-Unis. La plus importante est, en ce qui concerne le recrutement, d'agir avec discernement et d'écarter non seulement les anciens aliénés, mais tous les tarés au point de vue mental. La deuxième est d'organiser d'avance un large plan d'hôpitaux militaires pour aliénés, sans négliger cependant les facilités qu'offrent les établissements civils existants.

II. — NÉVROSES DE GUERRE (*shell shock*).

La question des névroses de guerre n'a été posée dans toute son ampleur que par la guerre actuelle, où les explosifs jouent un rôle si prépondérant. De là l'usage abusif de l'expression *shell shock* (commotion d'obus) pour désigner tous les désordres nerveux sans lésion apparente consécutifs à une explosion. Parmi ces désordres nerveux, on peut distinguer quelques groupes :

1° Cas où l'explosion d'un projectile cause la mort sans lésions extérieures, mais en occasionnant des lésions centrales probables du système nerveux ;

2° Cas où de graves symptômes nerveux se déclarent après un ensevelissement ou une explosion et sont attribuables à des effets mécaniques ou à l'intoxication par les gaz dus à la déflagration ;

3° Cas où, avec ou sans lésion du système nerveux, on se trouve en présence de névroses banales avec ou sans symptômes particuliers rappelant leur origine ;

4° Cas où il n'y a aucune probabilité de lésion, le patient n'ayant été exposé à rien de plus que des centaines d'autres soldats qui sont restés indemnes.

Si toutes les névroses observées chez les soldats étaient rigoureusement comprises dans les groupes précédents, le terme de névrose commotionnelle (*shell shock*) pourrait se défendre, mais des centaines de soldats qui n'ont jamais été au feu ont présenté des troubles nerveux identiques à ceux que l'on attribue à la commotion.

On ne sait que peu de choses concernant la physiologie pathologique des deux premiers groupes. Quant aux deux derniers, il est probable que certains phénomènes endocriniens interviennent dans leur pathogénie. Quoi qu'il en soit, le champ des hypothèses est ouvert

et les médecins américains y trouveront sujets d'études nouvelles et matière à découvertes.

De l'avis des psychiatres et neurologistes anglais, le quatrième groupe est le plus compréhensif et le plus important. Les facteurs psychologiques y semblent jouer un rôle prépondérant. Ce qui tend à le prouver, ce sont les remarques suivantes : 1° l'excessive fréquence des névroses de guerre chez les officiers, qui est approximativement de 1 sur 30 au front, de 1 sur 24 parmi les blessés, et de 1 sur 6 parmi les malades admis dans les hôpitaux en 1916; 2° l'excessive rareté de ces mêmes névroses chez les prisonniers exposés aux chocs physiques; 3° cette même rareté chez les blessés dans les mêmes conditions; 4° la ressemblance clinique de ces névroses de guerre avec celles que l'on observe dans la vie civile, en dehors de tout facteur mécanique, alors que les conditions psychologiques sont les mêmes; 5° le fait que les blessures graves du cerveau et de la moelle ne s'accompagnent pas de symptômes rappelant ceux des névroses commotionnelles; 6° le succès du traitement psychologique sous tous ses modes.

Nous ne suivrons pas l'auteur dans les développements où il entre pour expliquer le mécanisme psychologique qui préside au développement des névroses de guerre. Disons seulement que, vues sous cet angle, elles perdent beaucoup de leur mystère.

Où y découvre, selon les formes, plusieurs groupes de symptômes prédominants : *a*) troubles des fonctions psychiques (délire, confusion, amnésies, hallucinations, onirisme des batailles, états anxieux); *b*) troubles des fonctions organiques (phénomènes cardiaques, abaissement de la pression artérielle, vomissements et diarrhée, énurésie, polyurie, rétention, dyspnée, sueurs); *c*) troubles de la fonction motrice (paralysies, tics, tremblements, troubles de la marche, spasmes, contrac-

tures); d) troubles des sensibilités générale et spéciale (algies, anesthésies, mutisme, surdité, hyperacousie, cécité, troubles de la parole). La précocité du diagnostic est capitale, car tout retard dans l'emploi des moyens appropriés est préjudiciable au traitement et compromet la guérison.

En ce qui concerne la fréquence comparée des différents syndromes, il n'existe aucune statistique. Y en eût-il, que la confusion résultant des diverses classifications employées les rendraient inutilisables. L'expression de *shell shock* s'applique à tout, même à la paralysie générale et à l'épilepsie.

En vue d'établir la fréquence comparée des névroses et de l'aliénation mentale, sir John Collie, président de la Commission spéciale des pensions de réforme pour les neurasthéniques, a analysé, au point de vue du diagnostic, 170.000 cas de réforme. Il a trouvé que ces affections y figuraient dans la proportion de 20 p. 100.

Pendant l'année finissant le 30 avril 1916, environ 1.300 officiers et 10.000 hommes ont été admis dans les hôpitaux de Grande-Bretagne pour névroses commotionnelles et neurasthénie. La proportion annuelle fournie par les troupes combattantes n'est pas moindre de 10 p. 1.000; celle des troupes de l'arrière est seulement de 3 p. 1.000.

Lorsque les premiers nerveux arrivèrent en Angleterre, il n'y avait rien de préparé pour les recevoir. On se mit à l'œuvre et, dès décembre 1914, on avait aménagé l'Institution d'État de Moss Side, à Maghull, en hôpital spécial pour 347 lits. Ce choix était heureux mais insuffisant, car il fallut bientôt avoir recours aux hôpitaux civils où des services spéciaux furent créés à titre provisoire. Un second hôpital fut organisé à Springfield pour 278 malades; puis, en 1915, un troisième fut ouvert à Londres même. Ainsi, au printemps de 1915, l'Angle-

terre avait fondé trois hôpitaux pour névroses de guerre. Depuis, d'autres furent encore ouverts. Mais, quand les sous-marins se mirent à couler les navires-hôpitaux, une grande partie de l'œuvre exécutée en Angleterre fut recommencée en France, au Havre, à Yport, Boulogne, Rouen et Étaples, et dans des conditions si heureuses que les résultats thérapeutiques devinrent meilleurs dans ces nouveaux centres que dans ceux de la métropole. Comme en chirurgie, les résultats sont d'autant meilleurs que les malades sont traités plus tôt et plus près du front; de là une nouvelle indication, que l'on s'est empressé de saisir, en créant des postes de triage.

Le capitaine W. Brown, aliéniste attaché à l'un de ces postes de triage du front, rapporte que, de 200 nerveux et mentaux qui passèrent par ses mains en 1916, 34 p. 100 furent évacués à l'arrière et 66 p. 100 furent renvoyés en ligne après sept jours de traitement seulement; il n'y en eut que quatre qui revinrent à la station.

Un neurologiste, le capitaine Louis Casamajor, de l'armée américaine, écrit que c'est une faute d'envoyer ces malades en Angleterre; il faudrait que chaque poste d'urgence fût pourvu d'un aliéniste chargé d'en faire le triage et d'expédier chaque malade à sa destination définitive, au lieu de les balloter d'hôpital en hôpital; ce qui ne manque pas d'arriver pourvu que le diagnostic présente quelque difficulté.

L'expérience acquise dans les hôpitaux britanniques démontre que le traitement des névroses de guerre est essentiellement un problème de psychologie médicale. Dans la majorité des cas, la guérison, complète, rapide et durable, dépend du coup d'œil du médecin et de son habileté dans l'application du traitement.

Chaque cas doit être l'objet d'une étude particulière. Il faut pénétrer la personnalité du sujet, explorer les moindres coins du terrain sur lequel la névrose s'est

développée. Il n'y a pas de formule spéciale qui convienne à tous les cas, fussent-ils de la même famille. Dans l'analyse des symptômes aussi bien que dans le maniement des moyens psychothérapiques à employer, l'attitude du médecin acquiert une importance capitale. Elle doit être exempte de brusquerie, mais aussi de sentimentalité : une bienveillance qui se surveille peut être plus utile qu'une sympathie aveugle et inconsidérée. La mentalité de ces malades rappelle celle de l'enfant ; ce n'est pas par l'alitement et des encouragements platoniques que l'on viendra à bout de leur rééducation.

M. Salmon n'a pu se procurer que quelques résultats partiels au point de vue de la terminaison des névroses de guerre. Des 731 cas traités à l'hôpital de la Croix-Rouge, à Maghull, 21 p. 100 ont été renvoyés à l'armée ; 62 p. 100 ont été rendus à la vie civile et 12 p. 100 ont été évacués dans d'autres hôpitaux.

A l'hôpital canadien de Granville, plus de 60 p. 100 des malades traités sont retournés au front. On ne traite, dans cet hôpital, que ceux dont la guérison paraît devoir être obtenue dans un délai de six mois ; les autres sont renvoyés au Canada. L'armée des États-Unis devrait adopter cette pratique, qui paraît judicieuse.

Dans les hôpitaux installés en France, les guérisons se montrent plus nombreuses. Quoi qu'il en soit, de l'avis des spécialistes compétents, il est évident que, si le pronostic des névroses de guerre est satisfaisant au point de vue médical, il en est tout autrement au point de vue strictement militaire. On est en droit de se demander s'il ne serait pas désirable de renvoyer systématiquement dans la métropole tous les névrosés de la guerre ; mais il faut considérer que cette mesure aurait un effet désastreux sur le moral des prédisposés et multiplierait immédiatement, d'une façon formidable, le nombre de ces indisponibles.

L'auteur termine ce chapitre par quelques considérations sur la simulation, qui est beaucoup plus rare qu'on ne le supposait dans les premiers temps de la guerre, alors que l'on croyait que les névroses de guerre étaient toujours la conséquence d'un choc mécanique. Pour qu'il y ait simulation, l'intention de tromper est nécessaire; or, par exemple, l'hystérique est un simulateur qui ne ment pas, et il n'est pas le seul dans ce cas.

III. — DIRECTIONS POUR L'ARMÉE DES ÉTATS-UNIS.

Les États-Unis doivent savoir profiter de l'expérience acquise par l'armée britannique dans l'établissement des plans d'hospitalisation et dans le choix des méthodes. En premier lieu, il faut envisager à part les besoins des deux ordres de troupes, combattants et non-combattants, ainsi que les mesures particulières que comportent les névroses et les psychoses de guerre. L'importance de prévoir toutes les mesures qui favoriseront le traitement d'urgence de ces affections ne saurait être exagérée, si l'on ne veut pas tomber dans les embarras où se sont débattues les nations en guerre au début des hostilités. Il faut commencer par le recrutement d'un personnel de spécialistes, d'infirmières et d'administrateurs compétents et bien dressés et se munir préalablement de tout le matériel nécessaire.

A titre préventif, il faut s'efforcer d'exclure de l'armée les aliénés, les débiles, tous les prédisposés aux troubles mentaux et psychiques. La période d'instruction militaire doit être utilisée pour l'épuration des unités à ce point de vue, ce qui accroîtra la valeur des troupes expéditionnaires et épargnera au Trésor des sommes énormes qui seraient absorbées par les pensions à payer à cette catégorie de réformés.

En ce qui concerne l'armée expéditionnaire, il con-

vient de poser en principe que tout mental ou nerveux non susceptible de guérir dans le délai de six mois doit être immédiatement renvoyé aux États-Unis. Au point de vue économique, les avantages d'une pareille mesure sont nombreux et évidents.

La base de chaque armée sera pourvue d'un hôpital neuro-psychiatrique de 500 lits. Des exemples de plus en plus nombreux montrent la nécessité d'un traitement rapide de cette catégorie de malades. Abandonnés à eux-mêmes dans les hôpitaux ordinaires et les dépôts, ou ils sont méconnus, ou on les prend trop souvent pour des simulateurs. Entrés comme *choqués* à l'hôpital, ils en sortent comme des épaves. A leur mal initial, essentiellement curable, se sont ajoutés des effets secondaires, et il finit par se stéréotyper.

L'expérience anglaise démontre que, dans cet hôpital de base, 100 lits doivent être réservés aux mentaux et le reste aux nerveux, mais ces proportions ne sont pas intangibles. Le but spécial de ces hôpitaux est de retenir les malades susceptibles de guérir en six mois. En pratique, tous les mentaux, même guéris, devraient être renvoyés aux États-Unis.

Chacune de ces formations doit être facilement accessible pour tous les autres hôpitaux et à portée d'un port d'embarquement. Le climat du Sud de la France offrirait des avantages pour le traitement en hiver. Il faut aussi prévoir des terrains pour le jardinage et les travaux extérieurs.

Le type général des hôpitaux de cantonnement de l'armée des États-Unis peut être adopté, mais il serait plus avantageux de louer des bâtiments, une école, par exemple, et de les aménager très simplement. Les chambres séparées y devront être dans la proportion de 5 pour 100 lits; cette proportion sera un peu plus forte pour les mentaux, un peu moindre pour les nerveux.

L'auteur entre dans de minutieux détails sur les installations annexes, salles d'examen, de massage, d'hydrothérapie, d'électrothérapie, ateliers, gymnases, jardins. Tous les moyens de rééducation doivent être mis en œuvre le plus tôt possible; le plus efficace est le travail *productif*. Toute occupation non productive est délétère, tout autant que le repos et l'isolement prolongé, d'après l'expérience fournie par les hôpitaux de convalescence. L'effort persistant et continu, développé dans l'exécution et le parachèvement d'un travail *utile* est la clef du traitement, sans parler de son effet suggestif sur les autres malades.

Tout hôpital spécial de base doit pouvoir évacuer les malades qui, sans être encore en mesure de retourner au front, n'ont cependant plus besoin du traitement. Dans ce but, un ou plusieurs camps de convalescents de 100 places au maximum seront établis à leur proximité, avec un personnel restreint.

Dans le cas où le rapatriement des incurables serait entravé par les sous-marins, il conviendra de prévoir un camp pour y évacuer les chroniques.

Le personnel d'un pareil hôpital, d'après les évaluations détaillées de l'auteur, ne comprendra pas moins de 235 personnes, dont 18 médecins, tous spécialisés dans la pratique des maladies mentales et nerveuses, familiers avec la technique neurologique et choisis pour les qualités d'esprit nécessaires à leur tâche : ils devront être énergiques, patients, bienveillants, doués de beaucoup de tact. Les résultats seront strictement en rapport avec la valeur scientifique et morale du personnel.

L'expérience française et britannique a démontré les avantages qu'il y a à traiter le plus tôt possible tous les commotionnés. Le temps perdu pour la guérison travaille pour l'ineurabilité. Il est donc désirable de prévoir la création de quartiers neuro-psychiatriques dans

les sections avancées des lignes de communication. Chacune de ces sections devra en être dotée. En attendant, il est nécessaire que chaque hôpital de base comprenne, parmi son personnel, un psychiatre et un neurologue.

Nous arrêterons ici cette analyse. Le reste du mémoire du major Salmon est consacré aux mesures qu'il conviendra de prendre aux États-Unis pour compléter ce plan d'hospitalisation. Un certain nombre d'annexes sont jointes à son travail, à titre de pièces de justification ou à consulter.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 24 JUIN 1918

Présidence de M. H. COLIN, président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance de mai.

Correspondance.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. Capgras, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

2° Une lettre de M. le médecin principal Chavigny, professeur agrégé du Val-de-Grâce, qui pose sa candidature au titre de membre correspondant. — Commission : MM. Briand, H. Colin et Juquelier, rapporteur.

3° Une lettre de M. J. Courjon, médecin des établissements privés d'aliénés, qui pose sa candidature au titre de membre correspondant. — Commission : MM. Vallon, Pactet et Dupain, rapporteur.

M. LE PRÉSIDENT. — Depuis notre dernière séance, notre collègue, M. Dupré, a été nommé professeur des maladies mentales et de l'encéphale à la Faculté de Paris, en remplacement de M. Gilbert Ballet. Nous lui adressons les vives félicitations de notre Société.

Mort de M. E. Régis.

M. LE PRÉSIDENT. — Je viens d'apprendre la mort du professeur E. Régis, un de nos plus distingués membres correspondants. Ce n'est pas le moment de retracer devant vous la brillante carrière de notre éminent collègue, mais dès aujourd'hui j'associe la Société tout entière à l'expression des sentiments de douloureuse sympathie que notre Bureau va immédiatement transmettre à la famille de M. Régis.

Blessure et décoration de M. Trénel.

M. LE PRÉSIDENT. — Notre collègue, M. Trénel, a été récemment blessé et décoré. Nous savons par M. Lwoff, qui a reçu directement des nouvelles, que les blessures de M. Trénel paraissent devoir évoluer heureusement. Nous adressons à notre collègue tous nos vœux et toutes nos félicitations.

M. LWOFF. — Voici ce que m'écrit Trénel :

« J'ai été blessé le 5 juin. Une complication grave « n'est donc plus à craindre. On m'a retiré l'un des « éclats de la cheville; l'autre n'a pas été extrait. Il « est dans les muscles de la cuisse et cela suppure un « peu, mais ce ne sera rien non plus. Pourtant, où j'ai « échappé belle, c'est que j'ai reçu un éclat à la poi- « trine qui a rencontré mes ciseaux, dans ma poche, et « ne m'a fait qu'une contusion. »

Rapport de candidature.

M. RITTI. — Messieurs, vous avez nommé, à votre dernière séance, une commission composée de MM. Briand, Dupain et Ritti, rapporteur, chargée d'examiner les titres et travaux scientifiques de M. Henri Damaye, médecin adjoint de l'asile de Bailleul, qui demande à faire partie de notre Société en qualité de membre correspondant.

Notre confrère, qui a passé par l'internat des asiles de la Seine, a été nommé médecin adjoint des établissements d'aliénés au concours de 1906; il était médecin de l'asile de Bailleul lorsque la guerre éclata. Mobilisé dès le 2 août 1914, comme médecin-major de 2^e classe, il fut, durant les années 1915 et 1916, médecin-chef du service de psychiatrie aux V^e et VI^e armées, puis en 1917, chef du service médical des commotionnés de la VI^e armée, et, en dernier lieu, médecin assistant à l'asile de Blois.

Dans tous les postes que M. Damaye a occupés depuis son entrée dans les asiles de la Seine comme interne, il a fait preuve de qualités rares d'observateur; il s'est montré un travailleur d'une grande activité,

collaborant avec ses chefs de service, ou publiant seul des travaux nombreux et intéressants sur les questions les plus diverses de la médecine mentale. La seule énumération de ces travaux demanderait plusieurs pages; nous nous contenterons dans ce rapport de faire connaître l'esprit qui les a dirigés pour en faire mieux ressortir l'intérêt.

M. Damaye, qui est un ancien élève de laboratoire du professeur Hayem et du D^r Brault, médecin des hôpitaux, s'est appliqué à toujours mener de front les études cliniques et les recherches de laboratoire. N'est-ce pas en suivant, pour ainsi dire de conserve, ces deux méthodes, qui sont celles de la pathologie générale, que la médecine mentale a fait ses plus belles conquêtes, en France, depuis un siècle? C'est en suivant cette voie que notre confrère a pu recueillir de nombreux faits anatomo-cliniques qui lui ont permis d'éclaircir l'étude des affections mentales dans leurs rapports avec les infections et les perturbations somatiques. En s'attachant, dans ses recherches, à préciser de plus en plus, dans les troubles mentaux, la part respective de l'élément constitutionnel et de l'élément toxique et infectieux, il a surtout pour but d'instituer une médication rationnelle s'appliquant à un grand nombre de cas observés dans nos établissements spéciaux.

La thérapeutique des maladies mentales aiguës, qu'elles soient d'origine toxi-infectieuse, ou causées par une affection d'un autre organe de l'économie, a donc été l'objet constant des recherches de M. Damaye. Il serait bien long d'analyser les nombreux mémoires, les multiples observations, qu'il a publiés sur l'action de l'iode, du collargol, sur l'opothérapie par la rate et la moelle osseuse crues, sur l'influence des sérums anti-infectieux, l'utilité de la viande crue, du sérum de cheval, comme stimulants et réparateurs du cerveau.

La paralysie générale, aux différents points de vue clinique, anatomo-pathologique et thérapeutique, a fait, elle aussi, le sujet d'intéressantes recherches de notre confrère. Il est arrivé, dans ses études, à cette conclusion, que cette affection est « la plus haute expression anatomo-clinique des psychoses toxi-infec-

tienses ». Elle lui apparaît, dès lors, comme curable, c'est-à-dire qu'elle possède une période thérapeutique au même titre que toutes les psychoses dues à l'infection. Le traitement consisterait, d'après lui, à stériliser le malade et en même temps à fortifier le terrain cérébral, à aider sa réparation. La viande crue, simultanément avec des séries alternantes de biiodure de mercure et de cacodylate de soude, réaliserait le but à atteindre. Les procédés thérapeutiques préconisés par M. Damaye sont sans doute des plus aisés à appliquer : mais donnent-ils toujours de bons résultats ? Les travaux ultérieurs de notre confrère, qu'il ne manquera pas de nous communiquer, nous apporteront sans doute de plus amples éclaircissements sur l'efficacité de son traitement de la paralysie générale.

M. Damaye a publié, en outre, des travaux sur les psychoses toxi-tuberculeuses et leur traitement, sur l'état de mal épileptique, sur la confusion mentale par intoxication et l'obnubilation par épuisement, etc. Nous ne pouvons que citer ces études dont les titres suffisent pour en montrer l'intérêt. Leur auteur n'a pu nous les procurer. Les Allemands, lors de leur première ruée sur les provinces du Nord, ayant occupé l'asile de Bailléul, se sont approprié sa bibliothèque avec son mobilier et à peu près tout ce qu'il possédait. J'ose espérer, pour l'honneur du corps médical, que ce n'est pas un confrère d'outre-Rhin qui a ordonné cet odieux déménagement. Aujourd'hui, après les batailles sanglantes qui se sont livrées ces derniers mois, il ne reste plus qu'un vaste amas de décombres de ce grand et bel asile où tout se prêtait si bien aux soins des malades et aux recherches scientifiques.

Notre confrère qui a perdu tout ce qui fait la vie de l'homme de science, ses livres, ses notes, ses observations, ses collections, ne s'est pas laissé abattre ; il s'est courageusement remis au travail. Un nouveau champ de recherches s'offrait à lui, celui de la psychiatrie de guerre. Dans les différents services qui lui furent confiés, il sut recueillir d'intéressants documents qu'il utilisa pour des articles et mémoires publiés, soit dans les *Annales médico-psychologiques*, soit dans le *Progrès médical*. Nous signalerons tout particulièrement un

travail inséré récemment dans ce dernier recueil sur *les neurasthénies de guerre*, basé sur 123 observations. M. Damaye, après une analyse très fine des faits observés, en constitue quatre variétés principales : la psychasthénie proprement dite, la psychoneurasthénie due à l'ensemble des conditions de guerre, la neurasthénie post-commotionnelle ou par bombardement, enfin la neurasthénie des blessés du crâne. Chacune de ces variétés est décrite avec observations à l'appui; les indications thérapeutiques, sans lesquelles toute œuvre médicale serait incomplète, ne sont pas oubliées.

Je crois en avoir assez dit, Messieurs, pour marquer l'intérêt que votre Commission attache à la candidature de M. Damaye. Les publications de notre confrère dans les divers domaines de la pathologie mentale, que je n'ai pu analyser toutes, mais dont je vous ai indiqué l'esprit et les tendances, témoignent d'un goût très vif pour l'observation clinique, les recherches anatomo-pathologiques et la thérapeutique des maladies mentales. Travailleur ardent, esprit éclairé, chercheur souvent heureux, M. Damaye a sa place marquée parmi nous : je suis heureux d'être l'interprète de votre Commission en vous priant de lui accorder le titre de membre correspondant de notre Société.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. Damaye est élu membre correspondant à l'unanimité des suffrages exprimés.

Troubles psychiques par intoxication gastro-intestinale.

Leur importance en psychiatrie de guerre,

Par M. P. CHAVIGNY, médecin principal de 2^e classe.

La psychiatrie reste, en général, beaucoup trop fermée aux médecins qui ne se sont pas exclusivement spécialisés dans son domaine; mais, inconvénient inverse, bien des psychiatres, trop attentifs à raffiner l'analyse psychologique des troubles mentaux, cessent de voir par quels points la psychiatrie reste soumise aux règles communes de la pathologie générale. Les

cas dans lesquels les troubles psychiatriques dépendent entièrement de troubles organiques sont toujours instructifs, surtout lorsqu'ils sont accessibles à une thérapeutique simple.

Voici quelques cas dans lesquels j'ai eu bénéfice à me souvenir de la façon dont le professeur Pierret insistait sur l'importance des troubles gastro-intestinaux en psychiatrie. Le diagnostic aisé, puis la thérapeutique active de quelques troubles gastro-intestinaux fournissaient, dans ces cas de troubles cérébraux, une guérison parfaite, presque surprenante par sa soudaineté. Parfois aussi, et c'était un résultat bien particulier, la thérapeutique donnait la solution de cas médico-légaux de quelque importance.

Obs. I. — B..., maréchal des logis, âgé de quarante-quatre ans, entre en observation au Centre de neuro-psychiatrie, dans un état d'obnubilation presque complète qui laisse toute tentative d'interrogatoire sans aucun résultat. Aux questions qui lui sont posées sur son nom, son âge, etc., le malade répond avec peine, disant : « Attendez, je suis fatigué ! » ou bien : « Attendez, je vais vous répondre. » Il porte la main à son front, il a l'air de chercher, puis c'est le silence. Il y a du tremblement des lèvres et de la langue, de la paresse pupillaire, quelques troubles des réflexes et le diagnostic s'oriente logiquement vers celui de paralysie générale. Cependant l'état d'effort que provoquent les réponses paraît peu concorder avec l'état d'indifférence habituel du paralytique général. Le diagnostic de confusion mentale est présumé possible et l'existence d'un état d'embarras gastro-intestinal étant constaté, le malade reçoit le 10 février, à 10 heures du matin, une purgation (calomel : 1 gramme). A 7 heures du soir, le même jour, deux selles abondantes se produisent. A 9 heures du soir, le malade paraît se réveiller de l'état de torpeur dans lequel il était resté jusque-là. Il s'étonne de se trouver à l'hôpital, demande où il est, depuis combien de temps il est malade et retrouve toute sa lucidité, tous ses souvenirs, sauf une lacune englobant la huitaine précédente.

C'est un sujet dont le passé mental est très chargé, et qui, depuis la guerre, a déjà été traité dans d'autres centres de neuro-psychiatrie, avec plainte en Conseil de guerre, etc. Le certificat de séjour précédent indique que le diagnostic est resté longtemps hésitant entre la confusion mentale et la paralysie générale.

Limitant le récit de ce cas clinique aux accidents récemment

constatés, nous apprenons que ce sujet doit l'accès actuel de confusion mentale à un choc émotif intense datant du 25 décembre 1917 (accident d'automobile).

Le retour rapide, radical, à un état mental normal après une purgation au calomel concordait si bien, dans ce cas de confusion mentale, avec quelques autres cas analogues jadis observés que je me promis de recourir à cette médication dès que des cas favorables sembleraient se présenter. Trois autres cas de même catégorie passèrent bientôt par le service.

Obs. II. — Le lieutenant C..., âgé de vingt-neuf ans, est envoyé en observation avec le diagnostic de « Troubles délirants ». Une note qui l'accompagne indique que depuis quelques jours il paraît ne plus se rendre compte de ses actes et que sa conversation est devenue très incohérente. Un interrogatoire, très pénible, fournit quelques renseignements : le lieutenant a contracté la syphilis à l'âge de vingt ans et ne s'est traité que d'une façon tout à fait insuffisante. Il présente un état de confusion mentale assez caractérisé, avec désorientation dans le temps et dans l'espace, bien qu'il y ait prédominance d'idées délirantes.

La difficulté du cas consiste dans l'interprétation pathogénique des accidents. Si l'état est dû à la spécificité, c'est un traitement intensif et spécifique qui s'impose. Si au contraire c'est un état toxique, un traitement antisiphilitique peut avoir l'inconvénient d'ajouter ses effets toxiques à ceux qui existent déjà.

Un état très apparent d'embarras gastrique oriente la thérapeutique et le malade reçoit, à trois jours d'intervalle, deux purgations de calomel, la première n'ayant eu que des effets relativement médiocres. L'effet de ce traitement, comme chez le malade précédent, est absolument net. En l'espace de quatre jours, l'état de confusion mentale se dissipe complètement et le malade peut raconter alors qu'un état de troubles dyspeptiques avait précédé l'apparition des troubles psychiques.

Le Wassermann, pratiqué aussitôt après, est absolument négatif, et ce résultat montre combien il était préférable de baser la thérapeutique sur la notion d'accidents toxiques plutôt que sur celle des accidents infectieux antérieurs.

Se basant sur les résultats de la thérapeutique employée, on peut dire dans ce cas que la surveillance des troubles dyspeptiques ultérieurs pourra absolument empêcher le retour d'accidents du même genre.

Obs. III. — Le lieutenant D... a présenté, lorsqu'il était

dans son unité, un délire de persécution nettement caractérisé. A son entrée à l'hôpital, on constate, lors du premier interrogatoire pratiqué dans la matinée, que le trouble mental a les caractères d'accidents d'ordre psychasthénique. Le malade, en effet, décrit complètement ses idées délirantes, les apprécie, s'en plaint et indique très nettement qu'à certains moments, l'idée délirante finit par le dominer complètement.

C'est un héréditaire dont la mère était de caractère très difficile, dont une sœur est internée depuis un an avec des accidents analogues à ceux que lui-même présente. C'est au courant de la soirée que les accidents délirants se développent, et, à partir de 8 heures du soir jusque vers 11 heures ou minuit, le malade fait un délire de persécution très complet, très typique.

Pendant les trois jours qui suivent l'entrée, cet état est observé et analysé de façon à bien asseoir le diagnostic, puis, un état de troubles dyspeptiques avec constipation étant constaté, le malade est soumis, comme le précédent, à deux purgatifs administrés à quarante-huit heures d'intervalle. Une débâcle intestinale coïncide avec une disparition absolue des troubles mentaux observés précédemment.

Lors d'une hospitalisation antérieure pour des accidents absolument analogues, le malade, traité par la thérapeutique classique du bromure et des douches, n'avait vu ses idées délirantes s'atténuer progressivement qu'au bout d'un mois et demi. Chez ce malade, il était d'autant plus intéressant d'établir un diagnostic étiologique exact que sa bonne foi avait été suspectée et que la possibilité d'une plainte en Conseil de guerre avait été envisagée.

La thérapeutique employée réglait tout, même la médecine légale du cas considéré.

Obs. IV. — E..., quarante-trois ans, mobilisé du début de la guerre. Cet homme a déjà été en traitement pendant un mois et demi au début de 1917, pour des accidents analogues à ceux qu'il présente actuellement.

Depuis la fin du mois d'avril 1918, cet homme, rentré de permission, se sent dans un état particulier de tristesse dont il ne peut préciser la cause; c'est un déprimé, il ne catégorise nullement le délire très vague de persécution qu'il présente, mais, ne sachant pas à quoi attribuer l'état pénible dans lequel il se trouve, il a formé le projet de se suicider.

Le lendemain de son entrée, ce malade reçoit 1 gramme de calomel et ce purgatif détermine une débâcle intestinale considérable. Le jour suivant, le malade a radicalement changé d'attitude, il ne présente plus trace d'idée délirante et il ne comprend plus pourquoi il en avait pu arriver à l'idée d'un suicide qu'il juge maintenant absolument injustifié.

Je n'ai pas, intentionnellement d'ailleurs, développé les éléments symptomatiques et diagnostiques de ces cas. Ils me paraissent devoir être tous étiquetés : confusion mentale. Dans les deux derniers cas, l'élément désorientation dans le temps et dans l'espace disparaissait dans une très large mesure derrière un délire à teinte de persécution.

Dans l'observation III, les antécédents familiaux expliquaient de façon très nette la forme délirante imprimée par l'hérédité à des troubles qui, chez d'autres sujets, anraient revêtu certainement la forme plus classique de la confusion mentale banale.

Les conditions de la vie militaire en temps de guerre facilitent grandement les intoxications gastro-intestinales, et celles-ci, chez certains sujets, se traduisent par des états confusionnels à manifestations parfois fort diverses, justiciables, nous venons de le voir, d'une thérapeutique aussi efficace que simple. Ces malades sont des accidentés de guerre bien plutôt que des aliénés. L'essentiel est de ne pas oublier qu'en psychiatrie la clinique générale prime la psychologie.

DISCUSSION

M. PACTET. — Il y a intérêt à publier les observations de confusion mentale aiguë et curable dont l'étiologie est autre que l'étiologie alcoolique. Trop souvent en effet, les malades du genre de ceux dont M. Chavigny a rapporté l'observation sont considérés comme des alcooliques, ce qui peut avoir pour eux les conséquences les plus fâcheuses.

M. COLIN. — L'intérêt thérapeutique n'est d'ailleurs pas moins grand que l'intérêt social.

M. VIGOUROUX. — C'est pourquoi, dès 1902, nous avons insisté, M. Juquelier et moi, sur la similitude de l'aspect clinique des accidents délirants subaigus de l'alcoolisme chronique d'une part, et des délires par auto-intoxication d'autre part.

Réformes de déments précoces (1).

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL. — Les permissions étant suspendues, notre collègue, M. Capgras, n'a pu venir assister à la séance. Il m'a envoyé le vœu que vous lui avez demandé de formuler comme conclusion de sa communication, et il le soumet à votre appréciation. Voici ce vœu :

« L'étiologie de la démence précoce restant très obscure et ce syndrome succédant parfois à une blessure ou à une infection de guerre, la démence précoce n'est pas exclusivement justiciable de la réforme n° 2.

« Au même titre que toute altération grave des fonctions cérébrales résultant des fatigues du service, la démence précoce confirmée ouvre des droits à une pension, quand elle est en relation avec un fait de service.

« Aussi longtemps que le diagnostic et le pronostic d'une démence précoce ne sont pas établis, une enquête minutieuse faisant néanmoins présumer qu'elle est imputable au service, on donnera une réforme temporaire n° 1 à gratification renouvelable. »

DISCUSSION

M. H. COLIN. — Je crois que nous aborderons avec plus de profit la discussion du projet de M. Capgras lorsque nous aurons tous lu, à loisir, la rédaction qui nous est proposée.

M. VIGOUROUX. — Une seule remarque : n'avions-nous pas décidé que le terme de démence précoce lui-même devait être mis en discussion ?

La séance est levée à 5 heures.

Le Secrétaire des séances,

P. JUQUELIER.

(1) Voir les *Annales* de juillet 1918, p. 110.

REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

JOURNAUX ITALIENS

Rivista sperimentale di freniatria.

VOLUME XXXVIII. — ANNÉE 1912.

I. — *Notes anatomiques et histologiques sur les encéphalites aiguës*, par le D^r A. Rocavilla (numéros d'août 1912 et mars 1913). — Le processus histogénétique de l'encéphalite débute au lieu même du foyer primitif par des troubles de la nutrition très délicats qui entraînent la déchéance du parenchyme : d'abord des cellules et ensuite des fibres. Plus tard, la névroglie elle-même se trouve atteinte et il se produit une prolifération des petits vaisseaux. Peu à peu il y a disparition numérique des éléments histologiques et la prolifération de la névroglie devient de plus en plus intense. Parfois le processus pathologique s'arrête là. Il y a alors de la chromatolyse, de l'hyperchromatose des cylindraxes. Mais le plus souvent la réaction vasculaire augmente, les éléments nobles dégénèrent de plus en plus, les hémorragies se font plus nombreuses d'autant plus qu'il y a des vaisseaux néoformés et que l'inflammation est plus vive. Alors dans les gaines on rencontre des petits mononucléaires surtout là où le processus est le plus intense. Dans un grand nombre de cas, la mort arrive à ce stade ; l'encéphale présente alors le type hémorragique. Alors on trouve au niveau du foyer des cellules rétractées et épithélioïdes qui plus tard font place à de jeunes éléments qui deviennent souvent granuleux. Puis, si le malade survit, apparaissent les polynucléaires seuls ou associés à d'autres éléments d'infiltration. C'est alors qu'on a des phénomènes de neuronophagie assez diffus, ce qui entraîne parfois un aspect clair caractéristique de ces formes d'encéphalite. Chaque période peut enjamber sur la précédente et donner lieu à des formes hémorragiques ou non. La gravité dépend évidemment de la virulence de l'agent phlogogène, de la rapidité des proliférations

de l'adventice de la migration des éléments périvasculaires. Quelquefois il y a des exacerbations. La phagocytose prévaut ensuite sur la neuronophagie précédente. Les foyers se détergent, les cellules granuleuses remplacent les cellules réticulées ou épithélioïdes; parfois les polynucléaires déterminent un aspect suppuratif du foyer. Alors la guérison ne peut plus se produire. Si la mort n'arrive pas rapidement, il y a une encéphalomalacie blanche ou rouge qui tombe en déliquescence ou affecte la forme de granuloïmes. La guérison ne peut se produire alors que par une cicatrisation vasculo-conjonctivale avec des fibroblastes basophiles.

II. — *Des névroses traumatiques, particulièrement des formes indemnisables. Rapport présenté par le professeur Morselli au Congrès des maladies professionnelles de Turin 1911 (numéro d'août 1912).* — Les névroses traumatiques appartiennent au groupe des maladies purement fonctionnelles. Par conséquent, sont exclues du cadre de ces névroses les maladies dans lesquelles existe une base anatomique définissable en rapport avec les symptômes relevés après le traumatisme. Les névroses traumatiques sont donc de caractère psychogène et analogues sinon identiques à l'hystérie commune. Il faut donc isoler des névroses traumatiques, en général, celles qui affectent les sujets soumis à la loi sur les accidents du travail. Chez les sinistrés, il y a une neuropsychose greffée sur une prédisposition psychologique, généralement nettement dégénérative. Pour le diagnostic de cet état, il faut surtout se fier aux signes objectifs qui sont généralement psychogènes comme dans l'hystérie vulgaire. La suggestion et la simulation dominent la scène, il peut y avoir auto ou hétéro-suggestion ou encore simulation consciente ou inconsciente, automatique ou involontaire. On peut distinguer en nosographie cinq formes principales de névroses traumatiques, mais qui se ramènent l'une à l'autre par des transitions insensibles. Ce sont : 1° le type dit d'Oppenheim ; 2° la variété dite neurasthénique ; 3° la variété hystérique ou hystériforme ; 4° la variété hypocondriaque ; et 5° la variété paranoïde ou quérulante. La simulation va de la simple exagération de troubles réellement existants, jusqu'à leur fiction complète. Elle n'est pas toujours l'effet d'une malhonnêteté préexistante, mais la conséquence naturelle et logique d'idées quelquefois erronées sur l'indemnisation et l'assurance obligatoires. Les névroses traumatiques sont plutôt rares, même dans les professions les plus exposées ; c'est pourquoi on

en rencontre beaucoup moins qu'on ne se l'imaginerait *a priori*. Le pronostic de ces névroses est favorable dans l'immense majorité des cas (90 à 95 p. 100). Dans les formes qui deviennent incurables, on doit supposer vraisemblablement l'existence de lésions anatomiques vraies, propres au système nerveux, surtout des centres, localisées aux réseaux vasculaires (artériosclérose et altérations consécutives). Elles peuvent aboutir au marasme physique et à la démence. On peut définir la névrose traumatique vulgaire : un produit de la double obsession du dommage causé par le traumatisme et de l'indemnité espérée de l'assurance ou du tiers responsable. Dans les cas où cette névrose donne lieu à une procédure judiciaire, il y a lieu d'en abréger la durée, car celle-ci peut se transformer en une névrose procédurière (processomanie ou quérulantomanie). Le traitement des névroses traumatiques doit être moral. D'où la nécessité d'amender les lois sociales, d'accélérer les résultats de la procédure, de faciliter les transactions par la voie amicale de la conciliation.

III. — *Sur les altérations de la moelle épinière, consécutives à l'amputation des membres. Observations anatomo-pathologiques et expérimentales*, par le D^r Bertelli (numéro d'août 1912). — Lorsqu'on ampute un membre, on détermine dans les nerfs périphériques sus-jacents du point blessé, dans les ganglions intervertébraux, dans les centres nerveux correspondants des lésions plus ou moins importantes, suivant l'âge de l'opéré, la quantité du membre enlevé, l'espèce animale, la constitution et les prédispositions organiques de l'individu. La lésion est généralement une atrophie simple qui, parfois, mais rarement, se transforme avec le temps en une véritable sclérose, une destruction de la fibre nerveuse. L'absence d'excitation exerce une influence sur les cellules des ganglions intervertébraux (Van Gehuchten), centre trophique du nerf, d'où une atrophie de nerf étudiée expérimentalement ces temps derniers par différents auteurs. Bertelli a surtout vu l'apparence décrite par Kleist : la tigroïde, puis le noyau, puis le protoplasma s'altèrent ; il y a trois types de tigrolyse à granulations, à zones fines et à grosses zones. L'évolution de cette dégénérescence n'est pas fatale et peut quelquefois non seulement rétrocéder, mais revenir *ad integrum*. A la suite de ces altérations des ganglions, Bertelli a observé des lésions des racines postérieures, des cordons postérieurs, des cornes postérieures et finalement des cornes antérieures qui, bien entendu, se produisent un temps

assez long après l'amputation. Grégoriew en a recueilli des exemples fort intéressants et bien nets. Les altérations après l'amputation prennent un caractère nettement ascendant, agissant sur la sphère sensitive d'abord, puis sur la zone motrice. Les expériences de Lúgaro et de Van Gehuchten n'ont pas confirmé les résultats de Kleist, mais elles ne sauraient les infirmer. On comprend que l'absence de stimulus amène la cellule motrice à dégénérer, et par conséquent à troubler le métabolisme des centres nerveux. Tandis que la richesse des collatérales sensibles ne laissera pas, au moins chez l'homme, la cellule complètement inactive. Le moignon qui a des mouvements est excité par des nerfs moteurs dont les différentes parties ont conservé leur stimulus, et par conséquent ces cellules-là restent intactes. De nombreuses expériences chez l'animal confirment cette manière de voir, mais les mouvements répondent au type que Luciani appelle dysmétrie, c'est-à-dire qu'ils procèdent par saccade. On peut conclure de nombreuses expériences, en particulier celles de Marinesco et de Parhon, que l'amputation cause dans les nerfs périphériques, les ganglions spinaux et ensuite dans la moelle qui en dépend, des troubles résultant de l'absence du membre et de l'abolition du stimulus. Ces lésions seront d'autant plus étendues qu'un plus grand nombre de muscles auront été supprimés. Marinesco attribue les lésions des fibres nerveuses à un métabolisme des cellules des ganglions intervertébraux dépendant de l'absence d'excitation périphérique, ce que contredit l'ordre chronologique suivant lequel se forment les lésions de la moelle épinière à la suite de l'amputation.

D'après Bertelli, la lésion est ascendante et non descendante.

IV. — *Sur la nature de l'hystérisme*, par le Pr Morselli. Communication faite au Congrès neurologique italien 1911 (numéro d'août 1912). — Les théories sur l'hystérisme sont innombrables ; elles répondent à plusieurs types : a) une théorie purement empirique qui remonte à Démocrite et à Hippocrate, adoptée par Landouzy père et par quelques gynécologues contemporains ; b) une théorie purement névropathique due à Georg et partagée par Valentine, Briquet, Charcot ; c) une théorie chimico-toxique de Gilles de la Tourette, Biernacki et Vigouroux ; d) des théories anatomiques diverses dont les plus connues sont celles de Lépine, Galceran, Rémond, Rosenthal, Willis ; e) les théories bio-énergétiques de Jovie, Organski ;

e) des théories physio-pathologiques de Raymond, Tamburini, Tanzi, Claude, Grassi et Sollier.

A un autre point de vue, on peut considérer celles : a) qui ont pour base l'altération de la personnalité tout entière, Janet, Mœbius Roncorini, Binet et Simon, Crocq Schyder ; b) les théories qui relient l'hystérie à la suggestion, Russell, Reynoldo, Charcot, Babinski ; c) les théories fondées sur des anomalies de représentations, Mœbius, Strümpell, Ziehen ; d) les théories se rattachant au sub-conscient, Myers ; e) les théories intellectuelles, Dubois (de Berne), Dupré, Roux ; g) les théories de l'affectivité pathologique, Oppenheim, Binswanger, Vogt, Freud ; h) les théories biologiques de Metchnikoff, Claparède ; i) les théories négativistiques de Bernheim et Hartenberg. Aucune de ces très nombreuses théories ne satisfait l'esprit complètement et n'embrasse la généralité des faits si différents connotés sous le nom d'hystérie. C'est donc le terrain sur lequel éclate la névrose qu'il faut considérer. L'hystérie est une psychose, une cérébrose du pallium et des noyaux basilaires ; elle est accompagnée de désordres des réflexes corticaux, transcorticaux, plus spécialement des réflexes psychiques ; l'hystérie serait donc liée à une transformation trop rapide d'une image ou d'une idée ou encore d'un mouvement, soit plutôt par une transformation lente d'une suggestibilité différente des autres ; une mentalité infantile. C'est donc une maladie constitutionnelle comme le prouvent l'hérédité et ses intimes rapports avec les autres formes de nature dégénérative (psychasthénie, cyclothymie, épilepsie, démence précoce). Pour définir l'hystérisme, il serait nécessaire de reconnaître quels sont les phénomènes qui sont certainement hystériques, et qui comprennent les cas probablement peu nombreux qui sont typiques, et quels sont ceux qui sont symptomatiques des troubles hystériformes (hystéries symptomatiques).

V. — *Le cerveau et la fonction ovarique. Recherches expérimentales*, par le Dr Ceni (numéro de mars 1913). — L'hémicérébration chez la poule et la pigeonne démontre d'une façon évidente qu'il y a des rapports assez intimes entre le cerveau et l'ovaire pour qu'on puisse dire que le fonctionnement de l'appareil génital femelle est sous la dépendance directe de l'intégrité anatomique et fonctionnelle du cerveau. Quelques-uns des troubles entraînés par l'hémicérébration sont immédiats : ceux d'abord dus au shock traumatique opératoire qui consistent en un arrêt immédiat de l'activité physiologique de l'ovaire et à

l'involution très rapide de ses éléments parenchymateux. Le degré de ces lésions est facteur de la réaction individuelle de l'animal et de son espèce. Ces lésions guérissent même généralement, mais il y a souvent involution et résorption des œufs arrivés près du terme de leur évolution. Dans les autres œufs de moyen ou faible développement, il y a seulement arrêt fonctionnel transitoire puis *restitutio ad integrum*. Parfois cependant, à la suite du traumatisme, l'animal se cachectise. L'ovaire perd sa fonction, les œufs sont résorbés soit par dégénérescence, soit par atésie, hémorragie endo-folliculaire ou diffuse. Ces cas peuvent être considérés comme exceptionnels et dus à des complications dégénératives des éléments ganglionnaires de la moelle épinière. D'autres troubles de l'ovaire, à la suite de l'hémi-cérébration sont tardifs et chroniques, d'autres sont subaigus. Les uns se révèlent par de la torpeur de l'ovaire, du retard de l'ovulation, etc. Les troubles aigus et subaigus de cette classe sont à début tardif. C'est une involution analogue à celle qui suit l'acte opératoire; elle en a les caractères d'atrophie simple, destructive; on ne trouve dans ces derniers cas d'altération des autres organes chez les animaux en expérience.

VI. — *Contribution à la connaissance des kystes de la glande pinéale*, par le D^r Nazetti (numéro de mars). — A l'autopsie, on trouva sur une femme de quarante-sept ans une glande pinéale déformée par un gros kyste, avec des métastases multiples d'épithéliome malin dans le cerveau et les viscères et une polyarthrite déformante. Le kyste pinéal occupait les trois quarts de la longueur de l'organe, il était uniloculaire, ses parois étaient dépourvues d'épithélium, le tissu pinéal resté intact était normal, mais le stroma avait été détruit et le parenchyme disparu au niveau du kyste. Virchow voyait dans les kystes pinéaux le résultat de l'oblitération du trou situé à la base de la glande pinéale. Les cas de glande pinéale kystique ne sont pas communs, on cite ceux de Jankowski, Bauchart, Nieden, Hagemann. On trouve dans le contenu (Charpy) quelques cellules très analogues à la moelle de sureau; le liquide, généralement limpide, peut être quelquefois trouble et lactescent. Marburg voit pour certains kystes une origine épendymaire localisée. Nazetti croit que le kyste débute par la base, au lieu où certains auteurs (Virchow, Cruveilhier, Weigert) ont décrit une petite cavité normale communiquant avec le 3^e ventricule (recessus pinéal), limitée en haut par le tænia et

la commissure de l'habenula et en bas par un liséré de tissu qui va de l'épiphyse à la commissure postérieure. Quelquefois ce recessus forme des diverticules qui deviennent finalement kystiques. Marburg croit à l'origine malacique du kyste pinéal sans endothélium. Oblitération lente des vaisseaux par endartérite, généralement syphilitique, déterminant une ischémie, d'où dégénérescence par mort des éléments et leur remplacement par un liquide aqueux. Le cas de Nazetti diffère de tous ceux qui sont connus par ses caractères anatomiques et histologiques; il ne saurait être dû à une action malacique; ce n'est probablement pas non plus un kyste hématique, car on n'y trouve ni hémoglobine ni sous-produits de ce corps.

VII. — *Lignes hyperesthésiques sur la surface cutanée de l'homme*, par le Dr Collegaris (numéro d'août). — Sur la ligne médiane du corps — les lignes dorsale et ventrale, — une ligne transversale (Wagner) entre la 4^e verticale et la 2^e dorsale, le segment antérieur de cette ligne est horizontal et le postérieur l'est aussi, mais pas au même niveau. On signale aussi une ligne intermamillaire, une ligne ombilicale, une ligne transversale médiane, une ligne allant de la fente palpébrale d'un côté à celle de l'autre côté, en passant par la région mastoïde. Elle délimite assez exactement la zone de partage des territoires des deux premières branches du trijumeau. Une autre ligne sépare la 2^e de la 3^e racine cervicale postérieure. Des lignes circulaires marquent au cou et à la tête les limites des dermatomes cervicaux (aspect dorsal du macaque). Anesthésie hystérique en coiffe ou en chapeau, correspondant chez l'homme à une ligne qui sert de limite à certains troubles sudoraux. La ligne médiane du membre supérieur sépare deux zones différentes, s'étend sur toute la longueur du membre et aboutit à l'annulaire ou assez souvent à la séparation de l'annulaire et du médius. Une ligne coïncidant avec l'axe du membre sépare le territoire du brachial cutané interne de celui du musculo-cutané. Au poignet cette ligne sépare la branche cutanée palmaire du médian et celle du cubital; au bras la limite varie quelque peu; dans la main, la séparation des zones radiale et cubitale passe au milieu du 3^e doigt, 1^{re} phalange. C'est le long de ces lignes que la piqure sera sentie au maximum pendant l'exploration. Aux membres inférieurs, à la cuisse en haut, une branche du génito-crural, un rameau du saphène interne et du cutané péronier. En arrière, la zone est nettement indiquée à la partie postérieure médiane. A la

plante des pieds, la limite est celle du 5^e lombrical (Thomsen). Une ligne longitudinale hyperesthésique passe par l'auréole du mamelon. Dans l'hystérie, ces lignes de démarcation sont particulièrement sensibles. A la hanche, le schéma de Vogt pour la face externe et celui de Paterson pour la face interne relèvent des subdivisions. A la tête une ligne d'hyperesthésie est celle qui sépare la branche maxillaire inférieure du trijumeau des collatérales cervicales médullaires. Une autre ligne va du vertex à la partie supérieure de l'oreille. Ce segment correspond au premier trait de la ligne antérieure de Solder et à ce que Bock considère comme la limite antérieure du 3^e dermatome cervical. Le segment « digital » de la ligne latérale du corps appartient au 5^e cervical, d'après Kocher, au médian du membre (Wichau) et au 6^e cervical d'après Frolix. Le segment interdigital marque la séparation de la zone du médian face palmaire de celle des nerfs dorsaux. La ligne latérale du corps est la limite des troubles sensitifs à la suite des lésions cérébrales. Une démarcation analogue existe au pied. L'aura sensitive épileptique débute souvent le long de ces lignes. C'est encore là que les altérations des sensations (sensitives pures ou algiques) se montrent le plus nettes.

VIII. — *L'idiot microcéphale Baptiste*, par le D^r E. Riva (numéro d'août). — C'est un enfant trouvé des hospices de Voghera. Il serait né de l'inceste d'une mère avec son fils. Dès l'âge de trois ans on reconnut son état de microcéphale idiot et on voulait le montrer à la foire comme « phénomène ». Ses façons étaient simiesques, mais son intelligence était moins basse que son aspect aurait pu le faire croire; il avait des tendances à déchirer; il était sociable, mais dénué de sentiments affectifs; son langage est resté rudimentaire, l'attention faible, la mémoire presque nulle, mais il avait une aptitude extraordinaire à sauter. Il fut étudié par Lombroso et plus tard par Tamburini. Sa tête était véritablement pithécoïde; sa capacité crânienne étudiée par la méthode de Parchappe est de 994 c.c. L'occipital est aplati, il existe une crête sagittale au bregma, la crête temporale est extrêmement marquée et il a des plis dits ataviques au cuir chevelu. Les canines sont énormes et il possède une dent de sagesse. Les testicules sont atrophiés, la verge plutôt petite, mais il a existé dans la jeunesse du satyriasis et alors les organes génitaux étaient volumineux pour l'âge du sujet. On peut le comparer, suivant la théorie italienne que j'ai maintes fois critiquée ici, à un sauvage presque simiesque.

IX. — *Etudes de psychiatrie militaire*, par le D^r Consiglio (numéro d'août). — L'anomalie est la déviation du type, l'inaptabilité au milieu, le manque de plasticité. L'armée, milieu essentiellement cohésif, met les moindres tares en relief, la contagion du bon et du mauvais exemple y est plus facile qu'ailleurs. Les cas de réforme pour troubles mentaux et les suicides sont surtout fréquents au début et s'observent sur les mauvais éléments venus du civil. En Italie, surtout depuis quelques années, les troubles neuropsychiques ont presque triplé, soit dans les corps soit au moment de la revision; ils paraissent bien moins nombreux en Allemagne et même en France. D'où la nécessité d'avoir des psychiatres militaires pour éliminer ces non-valeurs et apprécier l'état de certains délinquants devant les conseils de guerre, surtout depuis l'énorme augmentation de la criminalité juvénile. Il ne faut pas cependant que la mauvaise conduite devienne une prime à l'exemption du service militaire. Les déséquilibrés peuvent rendre des services dans les campagnes de guerre ou dans les expéditions coloniales; ce sont surtout les amorphes de Ch. Richet que l'on peut utiliser ainsi. Ce sont eux qui constituent la zone grise de Maudsley, intermédiaire entre la raison et la folie. Comme on l'a remarqué en France, ce sont les volontaires qui offrent le plus haut pourcentage d'aliénés, de déséquilibrés et de cas d'indiscipline morbide. Chez eux les mutilations, les actes immoraux, la simulation, sont assez communs. On les rencontre plus encore chez les détenus, les « joyeux », les disciplinaires et aussi à la Légion étrangère où le « cafard » est si fréquent. Ceci a été mis en lumière en France par Catrin, Pactet, Boigey, Haury, Jude, Ribierre, etc. Consiglio confirme ces résultats par ses recherches en Italie. Même chose a été constatée en Allemagne et en Hollande où existe aussi une légion étrangère. Consiglio, après Granjux, fait remarquer que la transformation des compagnies de discipline en sections d'amendement n'a été qu'un changement de nom, tandis qu'en Italie c'est la chose que l'on a modifiée par une sélection plus sévère : nous savons qu'en Italie, le contingent étant plus faible et le nombre des jeunes gens soumis à la conscription plus élevé, le choix des sujets est plus facile. Les formes psychiques morbides les plus communes dans l'armée sont la neurasthénie acquise améliorable, la neurasthénie constitutionnelle (psychasthénie), les dégénérés supérieurs de Magnan souvent améliorables par la création du réflexe

d'obéissance (Haury), l'hystérie, les névroses traumatiques, l'épilepsie; chez les officiers et sous-officiers, l'artériosclérose, l'alcoolisme, la syphilis cérébrale. Sur 842 cas d'anomalies mentales traitées au manicomme de Rome de 1904 à 1908, il y a eu 441 psychopathies et 401 névroses, soit 196 cas d'hystérie, 238 de neurasthénie et cérébrosthénie, 60 d'épilepsie motrice, 25 de somnambulisme, 25 de confusion mentale, 12 de psychoses avec excitation, 26 de dépression mentale, 67 de débilité mentale, 90 de psychasthénie.

X. — *Nouvelles données sur la pathologie des vaisseaux sanguins des centres nerveux et leurs rapports avec les formes cliniques*, par le Dr Ugo Cerletti (numéro d'août). — Cerletti étudie avec des détails que l'on ne peut analyser le diagnostic différentiel entre la syphilis cérébrale et la paralysie générale. Je n'y relève que cette assertion: Au point de vue des connaissances actuelles en anatomie pathologique, rien n'autorise à attribuer au processus de la paralysie générale le caractère d'une manifestation syphilitique. Telle est l'opinion que je soutenais déjà au Congrès de 1900 et que les travaux les plus récents ne m'ont point fait modifier, pas même la présence exceptionnelle des *Treponema pallida* dans certains cas de paralysie générale que l'on peut interpréter autrement. Je ne considère la paralysie générale que comme ayant fréquemment son siège préparé par un « éperon » d'origine syphilitique ou autre; ce n'est, le plus fréquemment, qu'une affection parasymphilitique, mais non constamment (Joffroy).

XI. — *Sur la façon dont se comporte le squelette névroglie de Paladino dans les fibres nerveuses des diverses zones et aires de la moelle épinière*, par le Dr Montesano (numéro d'août). — Le squelette névroglie décrit il y a une vingtaine d'années par Paladino est une partie constitutive normale de la moelle épinière des vertébrés. Les éléments ont une importance considérable, tant dans les centres nerveux que dans le système nerveux périphérique, surtout pour expliquer certains processus morbides résultant de l'altération des fibres elles-mêmes. Pour bien en étudier la valeur, il faut se rappeler les divers aspects que présente ce squelette névroglie dans les diverses zones et aires sur une même coupe du système nerveux normal; on peut étudier ce squelette névroglie par les procédés techniques de démyélinisation de la moelle ou encore par ceux qui, au contraire, empêchent tout processus de démyélinisation. Les méthodes d'Alzheimer (pour la névroglie); de Bielchowsky

avec mordant de Weigert pour la névroglie sont celles qui donnent les meilleurs résultats pour l'étude du squelette névroglie de Paladino. Elles montrent les cellules névrogliales endomyéliniques différentes des astrocytes qui participent à la formation des spiroles névrogliales et tapissent l'intérieur de la gaine de myéline qui entoure les cylindraxes. Grâce à ces méthodes, l'aire du cordon latéral représente le lieu d'élection pour l'étude du squelette névroglie de la myéline.

XII. — *A propos de la vaccination chez les psychopathes*, par les D^{rs} Vidoni et Tanfani (numéro d'août). — Les maladies mentales, même paraissant incurables, peuvent être profondément modifiées et même guéries sous l'influence d'états infectieux. Telle est la proposition, fréquemment vérifiée, que l'on peut émettre. Parmi les infections capables de produire cet heureux résultat, figure la variole qui a même modifié des paralysies générales. Mais comment expliquer ce fait? Par la régénération des cellules (*restitutio ad integrum*) due à une modification de la circulation cérébrale (augmentation de l'activité)? Est-ce au contraire par une régénérescence des cellules remplaçant celles détruites par la maladie, ou encore par une action d'excitabilité de la vitalité cellulaire due à des toxines? Est-ce l'analogie des abcès de fixation de Fochier, des dermatoses par le tartre stibié de Guislain, des sétons de Dubuisson, des expériences de Wagner injectant de la tuberculine ancienne de Koch à des paralytiques généraux? La vaccination jennérienne aurait, d'après Ronco, modifié heureusement quelques cas d'hallucinoïse de confusion et de manie sénile. On devrait donc l'essayer chez les psychopathes, non seulement comme agent préventif de la variole, mais dans le but d'améliorer les psychoses; mais j'ai vacciné plus de 1.600 aliénés dans ma carrière de psychiatre, déjà assez longue, et n'ai jamais, quant à moi, observé d'amélioration de l'état mental à la suite de cette petite opération. Je ne voudrais cependant pas mettre en doute ceux signalés par Vidoni et Tanfani, mais je les considère comme exceptionnels.

XIII. — *Lésions histologiques dans un cas de phrénose maniaco-dépressive*, par les D^{rs} Rezza et Vedrani (numéro d'août). — Une femme entre à l'asile en 1874, en sort la même année; elle y rentre en 1909, pour un accès de mélancolie anxieuse reproduisant celui qu'elle avait eu trente-cinq ans auparavant; elle meurt dans le service sans donner de signes

d'affaiblissement intellectuel. On trouva dans le cerveau des plaques de Redlich-Fischer, ce qui tendrait à prouver que ces plaques ne sont pas pathognomoniques de la presbyophrénie, mais simplement d'un syndrome d'involution sénile. On trouva aussi quelques adhérences pie-mériennes, quelques plaques blanchâtres au niveau des vaisseaux de la base et de l'artère sylvienne. La pie-mère était épaisse par augmentation des faisceaux conjonctifs, surtout en quelques endroits, et des fibroblastes, quelques rares lymphocytes, quelques mastzellen. Les parois des vaisseaux sanguins étaient épaissies et entre l'adventice et l'endothélium existaient, en certains endroits, des zones incolores hyalines qui proviennent évidemment de la régression de l'endothélium. La névroglie est épaissie au niveau du stratum fibrillaire marginal, les astrocytes sont augmentés de nombre, de même les noyaux névrogliaux; enfin on observe des gouttes dans les cellules névrogliales. Dans les zones granuleuses, les cellules nerveuses furent trouvées dégénérées. Mais tout cela n'est-il pas dû à la sénilité? La malade avait quatre-vingt-cinq ans. Il faudrait de nouvelles recherches chez des sujets plus jeunes atteints de psychose maniaco-dépressive pour confirmer la manière de voir de Rezza et Vedrani.

XIV. — *Le pantopon Roche dans les maladies mentales.* par les D^{rs} de Paoli et A. Tamburini (numéro d'août). — On sait que le pantopon est un produit contenant tous les alcaloïdes de l'opium, préparé par la maison suisse Roche. Les auteurs emploient dans leurs expériences la formule suivante : Pantopon Roche, 2 grammes; eau distillée, 78 grammes; alcool rectifié, 5 grammes; glycérine neutre, 15 grammes, dans des cas de psychoses dégénératives, de pellagre, d'*angor pectoris*, de maladie de Basedow, de paralysie générale, de psychoses d'angoisse, de démence précoce, de psychose alcoolique, de folie maniaco-dépressive, de démence sénile, de confusion mentale. Les résultats furent favorables dans 12 cas, défavorables dans 4 (3 cas de démence précoce et 1 de confusion mentale). On surveillait spécialement les fonctions cardiaques et respiratoires avant et pendant l'action du médicament. Deux fois on eut du myosis transitoire, jamais de diarrhée; le sommeil était calme, régulier, tranquille. Au réveil, le malade se sentait soulagé; jamais on n'observa d'hallucinations toxiques mêmes atténuées. Il n'y a pas d'effet d'accumulation ni d'habitude. Le pantopon Roche serait donc inoffensif lorsqu'il est bien manié.

XV. — *Les méthodes psychologiques pendant ces dix dernières années selon R. Summer*, par le Dr Corberi (numéro d'août). — Tout d'abord on a amélioré la technique des images photographiques, introduit des méthodes stéréoscopiques et cinématographiques. On a perfectionné la dynamométrie, la physiognomie (études physiologiques sur les muscles frontaux et oculaires et sur les représentations du rire). On a étudié le langage, les mouvements des lèvres et des cordes vocales, aussi bien à voix haute que dans le chuchotement, par plusieurs méthodes déjà connues et par le phonographe. On s'est occupé des mouvements des membres volontaires ou involontaires, des vaso-moteurs, des sécrétions, de l'électricité cutanée. On a également perfectionné l'étude des réflexes patellaires, pupillaires et des réflexes psychiques simples (optiques moteurs, acoustiques moteurs, tactiles moteurs, thermiques moteurs, réactions et excitations olfactives). On a modifié les laboratoires, on y a introduit les méthodes psychologiques pures, étudiant le langage, les connaissances scolaires, la mémoire, la subordination et la surordination logiques, les modes d'associations des idées et la psycho-analyse. On s'est attaché aux phénomènes encore mystérieux de la médiumnité et de la clairvoyance, à l'étude du psychisme animal, des phénomènes expressifs. Parmi les appareils récemment introduits, citons l'appareil de Weiller pour l'étude du rendement du travail dans les maladies nerveuses, l'ergographe de Marro, l'appareil de Garden (de Giessen) pour la voix chuchotée, le perfectionnement du sphygmographe, l'invention du pulsophone de Summer, le chronoscope scolastique de Nelschajeff.

Summer fait remarquer que les contacts à épingles sont préférables aux contacts à mercure; les appareils doivent être disposés de façon que les mains des sujets en expérience, des opérateurs ou des assistants ne puissent déranger les fils; enfin, que les secousses qui peuvent se produire pendant les expériences ne puissent être transmises aux appareils ou aux personnes en examen. Dans tout appareil électrique, on doit pouvoir introduire un voltmètre ou un ampèremètre sans déranger les autres parties de l'appareil. On doit contrôler quelquefois les appareils enregistreurs de temps avec le pendule. Enfin on a aussi perfectionné la technique des recherches sur le langage pur (Wernicke-Reeque); pour la mémoire, on utilise en Allemagne le mnémomètre de Raunhberg. L'intelligence a été étudiée par l'école de Wurtzburg. Freud a montré le rôle de

la sexualité dans la psycho-analyse (on peut même dire qu'il l'a exagéré). On a aussi essayé l'étude de la psychologie individuelle et de la psychologie généalogique. Lehmann et Seligmann se sont occupés de la magie et de la superstition. Comme conclusion, nous dirons que depuis dix ans les laboratoires de psychologie ont amélioré leur technique, étendu leur rôle d'action, mais que jusqu'à présent les résultats obtenus ne sont point encore ni suffisamment étendus ni suffisamment établis; mais on sait déjà se méfier des rigueurs apparentes de la méthode psycho-physique dont les résultats doivent être vérifiés par d'autres méthodes.

L. WAHL.

BIBLIOGRAPHIE

A proposed basis for a dietary for hospital for the insane to meet War conditions (Éléments de régime alimentaire pour les asiles d'aliénés adaptés aux nécessités de la guerre), par les D^{rs} A. J. Sommer, médecin directeur de l'asile du comté de Blair, et P. Saha, médecin adjoint. Brochure in-8°, Hollidaysburgh, 1918.

Voici une brochure qui est vraiment bien intéressante; elle est toute de circonstance : elle montre de manière saisissante la décision avec laquelle nos alliés des États-Unis d'Amérique sont, pour employer une locution bien appropriée, entrés dans la guerre, et comment, dans leur sphère d'action, ils s'efforcent de s'adapter aux nécessités que cette guerre impose.

Il s'agit ici de ce que, dans les asiles d'aliénés, on peut faire à ce point de vue en réglant l'alimentation des malades et des employés des asiles.

Notre premier devoir, disent les D^{rs} Salmon et Saha, est de nous occuper de nos malades ; mais il n'est pas douteux que nous devons penser à notre pays. Or il est certain que notre pays ne produira pas la quantité d'aliments qu'il faudrait pour lui et pour ses alliés. Nous devons donc, nous, médecins directeurs d'asiles, veiller à ce que nos fermes, nos terrains de culture, aient une production aussi intensive que possible, que ceux dont nous avons la charge n'en consomment que ce qui leur est strictement nécessaire et que nous réservions le plus possible tout ce qui est susceptible d'être transporté au loin.

Ce programme est vraiment admirable et s'inspire assurément des sentiments d'une haute et noble solidarité.

Pour s'y conformer, nos auteurs se sont ingénies à rechercher les restrictions qu'il serait possible d'établir sans nuire ni au bien des malades ni à la vigueur de ceux qui ont à fournir un travail plus ou moins intensif, ni à la santé de ceux qui ont la charge et la surveillance des malades.

Un détail entre autres peut donner une idée du résultat que, dans ces conditions, on escomptait ; c'est que, si tous les asiles

d'aliénés se mettaient sur le même pied de restriction, on pourrait économiser des milliers d'hectos de blés pour les besoins des armées combattantes.

Certains éléments sont nécessaires pour une alimentation normale, et il faut, d'autre part, que les aliments soient de bonne qualité, bien cuits et bien assaisonnés, de quantité et de volume suffisants, présentés de manière à satisfaire l'appétit.

Partant de là, nos auteurs se sont ingénies à établir des menus variables suivant l'état de ceux à qui ils s'adressent. Ils en donnent pour quatorze jours, déjeuners, dîners, soupers pour tous les pensionnaires du régime commun ; pour sept jours pour ceux qui font un travail peu fatigant, pour sept autres jours pour les travailleurs exposés à de véritables fatigues et pour les employés.

Pour montrer tout l'intérêt de leur travail, il faudrait pouvoir reproduire intégralement ces menus, cela nous étant ici impossible, force nous est de nous borner à quelques constatations générales.

Un premier fait est que la viande est presque entièrement supprimée dans tous les menus des pensionnaires du régime commun et notablement réduite dans les menus des autres régimes. On en donne au plus 120 grammes par repas.

Le pain est beaucoup diminué partout. Au lieu de 180 à 200 grammes par repas, la ration est limitée à 120 grammes, même chez les travailleurs. A vrai dire, il nous serait peut-être permis de pousser un soupir d'envie en constatant que chez nous la ration est loin, hélas ! d'être si abondante. Heureux encore, il faut bien le reconnaître, que nous ayons ce que nous avons.

Les pommes de terre sont aussi données en quantité moindre.

D'autre part, le poisson est abondant, et les malades voient paraître sur leurs tables même du saumon, même des huîtres, que sans doute on peut se procurer en abondance, et qui ne seraient pas transportables.

Les légumes qu'on leur donne sont des plus variés. En dehors de ceux qui sont d'un usage universel et constant, pommes de terre, pois, fèves, haricots, nous y voyons mentionnés des asperges, des épinards, des betteraves, des salsifis.

Ils ont en bonne quantité des laitages frais ou des fromages, des fruits de toute espèce.

En somme, même en s'imposant les restrictions commandées par les circonstances, il y a de quoi en tout cela nourrir conve-

nablement les habitants de l'asile, en tenant bien compte de leur état, de leurs occupations, de leurs besoins de toute sorte.

Pour essayer de donner une idée de l'étendue des restrictions imposées, il nous suffira de relever les quantités de deux menus identiques pour le dîner des pensionnaires du régime commun.

En temps normal, un dîner comprenait : poisson, 240 gr. ; pommes de terre bouillies, 240 grammes ; pain, 180 grammes ; thé, 180 grammes.

Dans le régime des restrictions, il est réduit à : poisson, 120 grammes ; pommes de terre, 120 grammes ; pain de seigle, 150 grammes ; thé, 180 grammes.

Ce qu'il faut bien considérer, c'est que c'est volontairement que ces restrictions sont imposées. On s'est efforcé d'ailleurs d'en faire comprendre et d'en justifier la nécessité à ceux qui devaient les subir. Des conférences furent faites dans cette intention à tous ceux qui étaient capables de les comprendre et d'en saisir la portée. Les représentants de l'autorité qui avaient mission d'organiser le régime des restrictions se chargèrent eux-mêmes de ces conférences, qui furent, nous dit-on, un véritable succès, et il n'y eut que très peu de malades qui, suivant l'expression de nos auteurs, refusèrent de se mettre à l'alignement. La grande majorité acceptèrent sans aucune protestation la situation nouvelle.

C'est volontairement, répétons-le, que nos alliés des États-Unis se sont imposé des restrictions : leur mérite n'en est que plus grand. Nous sommes obligés, nous, de subir celles que la nécessité de l'heure présente nous impose. Quoi qu'il en soit, vu les différences de situation et les ressources très limitées qui sont à notre disposition ; ce qu'ils font peut nous être d'un exemple utile et nos établissements d'aliénés pourraient, à l'occasion, s'inspirer des règles qui nous sont indiquées.

VICTOR PARANT père.

Le cafard, par les D^{rs} Huot et Voivenel, médecins aux armées.
1 vol, in-16. Paris, B. Grasset, 1918.

Voici un livre qui est bien né de la guerre.

Il émane de deux hommes qui, depuis le début, ont magnifiquement payé de leur personne, qui ont toujours été au front, sur qui les plus belles citations se sont accumulées et qui, en

prodiguant leurs soins à nos soldats, ont augmenté leurs mérites en ne négligeant rien pour procurer à la science médicale les fruits de l'expérience quotidienne qu'ils étaient plus que d'autres à même d'acquérir. On ne saurait trop les louer et de ce qu'ils sont et de ce qu'ils ont fait.

Leur livre traite du cafard.

Le cafard, qu'est cela? C'est bel et bien un état de maladie qui appartient aux cadres de la médecine; comme toute maladie, il a sa définition, son anatomie pathologique, ses symptômes, son évolution, son pronostic et son traitement. Nulle part, cependant, il n'a encore été décrit dans son ensemble, comme nous le voyons fait ici.

Il intéresse particulièrement la médecine mentale, de laquelle il est plus proche que de toute autre condition morbide; et c'est bien ici qu'il convient d'en parler.

Le cafard! Le mot est familier, presque trivial. Nos auteurs auraient pu, comme d'autres, donner à leur œuvre un titre plus prétentieux. Ils eussent pu trouver dans un dictionnaire grec n'importe quelle expression qu'ils eussent fait précéder d'un *dys* de circonstance avec quoi ils eussent forgé un mot baroque et incompréhensible. Ils ont préféré être compris et ils ont dit cafard, le mot usuel, comme on dit panaris ou grippe, sans que la science ni la dignité médicale aient rien à y perdre.

Le cafard! Quelle est l'origine de ce mot appliqué à un état de l'organisme? Vient-il de l'insecte connu sous ce nom et dont l'existence se passe dans les ténèbres? Ne vient-il pas plutôt du qualificatif méprisant appliqué aux gens qui sous des dehors religieux cachent l'irréligion et qui sont des hypocrites? Les caractères essentiels de l'état dont il s'agit justifieraient cette seconde manière de voir.

Le cafard atteint en effet des gens qui, malgré un aspect extérieur très bon, malgré une mine florissante, et telle que tout le monde s'accorde à les en féliciter, sont néanmoins affectés dans l'intimité de leur être et n'ont pas un état normal. C'est bien ici que se manifeste l'hypocrisie de la situation. En dépit des bonnes apparences, l'homme n'y est plus. Il y a, et c'est ici la nature essentielle de son trouble, une sorte de désintégration entre son physique et son moral; nos auteurs désignent cet état sous le nom un peu rébarbatif, mais compréhensible, de déprésentification; ailleurs ils ont employé le mot de désadaptation, et peut-être celui-ci vaut-il mieux. C'est bien cela, en effet: l'individu n'est plus adapté, il n'est plus à son affaire.

Expliquant le cafard anatomiquement, nos auteurs en voient la raison d'être, et leur idée est plausible, dans une modification du contact entre les prolongements des neurones du système nerveux, ces prolongements étant momentanément ou fatigués ou intoxiqués. La liaison manque des neurones entre eux, et ils cessent d'agir en intime coordination. Et de même que quand la liaison fait défaut entre des unités militaires, leur action dans le combat cesse d'être efficace, de même le défaut de liaison entre les neurones met l'individu en désarroi.

Qu'est donc le cafard dans sa symptomatologie? Est-ce l'ennui, la tristesse, le découragement, l'indifférence, l'incertitude, parfois l'excitation?

Tous ces éléments peuvent s'y rencontrer; mais cependant c'est autre chose et le cafard ne dépend strictement d'aucun d'eux. Somme toute, il faut considérer ce fait primordial, et s'en tenir à lui, la désadaptation.

Le cafard a sévi beaucoup parmi nos troupes combattantes. Ceux qui en sont atteints, devenus fort différents d'eux-mêmes, se trouvent plus ou moins impropres à ce qu'on attend d'eux. Souvent même, ils se montrent nuisibles et ils accomplissent des actes répréhensibles.

Peut-être, c'est une question que nous nous posons à nous-même, faut-il, en dehors de certaines excitations malsaines, voir quelque participation du cafard dans les défaillances militaires et dans les mutineries qui se sont produites à des moments douloureux?

Dans l'ouvrage de nos auteurs, il y a des chapitres particulièrement intéressants, où ils exposent ce qu'est le cafard de nos soldats, ce qu'est ailleurs le cafard de nos colons dans nos possessions étrangères. Il faut lire cela; on ne peut en donner une bonne idée en le résumant.

Il faut lire également ce qui y est dit de la manière dont doivent être appréciés, au point de vue de la discipline militaire, les états délétères, nés du cafard. Cela ne peut se résumer.

Le cafard, état morbide, peut guérir et disparaître, permettant à l'individu de revenir à son intégralité normale. Il peut guérir et on doit à cet effet le soigner.

Il est banal de rappeler ici le vieil adage : *Naturam morborum ostendunt curationes*. Cependant c'est bien de circonstance. D'où provient le cafard : ou d'une intoxication ou d'une fatigue des éléments nerveux. Il faut donc permettre au cafardé de se désintoxiquer, de se reposer.

Nos chefs militaires, que des hommes compétents comme nos auteurs ont éclairés sur cette situation, l'ont comprise et ils ont agi en conséquence. Les cafardés ont été retirés des milieux où leur cafard était né. Ils ont été mis au repos, on leur a donné de la détente, on les a soustraits à toutes les sollicitudes qui les avaient opprimés, on a veillé à restaurer leur potentiel physique. Grâce à cette sage mesure, leurs neurones se sont ragail-lardis, ont repris contact les uns avec les autres; leur liaison s'est refaite et ils ont recommencé à faire bonne besogne. Le cafardé a repris son aplomb; il est guéri.

Avons-nous pu, par ce que nous venons de dire, donner une idée de ce qu'est l'ouvrage des D^{rs} Huot et Voivenel? Nous le voudrions. Mais qu'on fasse mieux, qu'on le lise. On y prendra, nous en avons la certitude, un grand intérêt; on reconnaîtra qu'ils ont fait à tous points de vue une œuvre méritoire et digne de tenir très honorablement sa place dans ce qui a été écrit de mieux sur les rapports des sciences médicales avec les prodigieux bouleversements que nous subissons.

VICTOR PARANT père.

I criminaloidi nell esercito. Ulteriore contributo alle osservazione sui caratteri antropo-psicologici dei militari delinquenti (Les criminaloïdes dans l'armée. Nouvelle contribution à l'observation des caractères anthropo-psychologiques des militaires délinquants), par le D^r G. Funaioli. Brochure in-8°, Roma, Tipografia delle Mantellate, 1895.

Poursuivant ses recherches sur les soldats criminels, Funaioli, dans ce nouveau travail, étudie les criminaloïdes, c'est-à-dire les dégénérés criminels à stigmates psychiques et physiques nettement constatables. Chez neuf sujets, il a trouvé un grand nombre de malformations cranio-faciales, de l'exagération de la grande envergure par rapport à la taille, des indices antibrachiaux et tibio-fémoraux exagérés. Chez ces mêmes sujets, il a constaté, très fréquemment, l'arriération scolaire (n'allant pas, cependant, jusqu'à l'imbécillité), l'ambidextrisme, le mancinisme, la diminution de la sensibilité au contact ou à la douleur. Chez eux, la volonté est faible, l'impulsivité exagérée aussi bien que l'imprévoyance et le sentiment de la personnalité. Les sentiments altruistes, surtout vis-à-vis de la collec-

tivité (patriotisme, esprit de sacrifice, camaraderie même) ou de la famille sont très diminués. L'amour filial subsiste, en général, vis-à-vis de la mère seulement. Dès leur jeune âge, ces sujets sont des extrasociaux. Avant leur incorporation, parfois même très jeunes, ils ont été flétris par la justice. Chez eux, les tatouages sont très fréquents, souvent obscènes, plus souvent érotiques ou ornementaux. Beaucoup se sont adonnés à la boisson dès leur jeune âge; plus nombreux sont les descendants d'aliénés, de détraqués, d'épileptiques ou d'alcooliques. Les faits qui ont motivé leurs condamnations militaires sont le refus d'obéissance, la désertion avec ou sans détournement d'effets militaires ou de fonds appartenant à l'Etat. Parfois, ils simulent des maladies, plus souvent physiques que mentales. En prison, leur conduite reste celle qu'ils ont toujours eue; ils refusent l'obéissance aux chefs qui ont à les diriger; ils ont des haines injustifiées pour leurs camarades; ils sont et demeurent des insociables. Tous ces traits ont été maintes fois décrits chez les délinquants civils. Funaioli insiste sur la fréquence de la brachycéphalie chez des délinquants appartenant à un milieu où la dolichocéphalie domine. Ce travail est intéressant, il est à rapprocher de celui de Pactet sur le même sujet, qui est d'ailleurs de la même époque. On peut conclure, au point de vue de l'anthropologie criminelle, que les condamnés pour délits purement militaires sont identiques aux condamnés pour tous les autres délits et que, si les criminels d'occasion sont les plus communs, quelques-uns, et dans une proportion qu'on ne peut négliger, sont des tarés, des dégénérés qui, par leur constitution même, sont plus sujets que tous autres à faillir. Ceci laisse d'ailleurs intacte la grosse question des criminels nés que Funaioli n'a point abordée.

L. WAHL.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

LOUIS HUOT et PAUL VOIVENEL. Diagramme psychologique de la bataille. 11 pages in-8°. Extrait du *Mercure de France*. 16 juin 1917.

Nos enfants et la guerre. Enquête de la Société libre pour l'étude psychologique de l'enfant. Fascicule I. 80 pages in-8°. Paris, F. Alcan, 1917.

VARIÉTÉS

LES MÉDECINS ALIÉNISTES ET LA GUERRE.

Légion d'honneur. — Nous annonçons avec grand plaisir la nomination au grade de chevalier de la Légion d'honneur de M. le D^r TRENEL, médecin en chef des asiles de la Seine, médecin aide-major de 1^{re} classe, qui a été grièvement blessé au front, mais dont les blessures sont en bonne voie de guérison.

Citations. — Nous sommes heureux d'enregistrer les citations obtenues par deux des plus dévoués collaborateurs des *Annales*. Et d'abord celle de M. le D^r Roger Dupouy, ancien chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, directeur de la maison de santé de Fontenay-sous-Bois.

M. DUPOUY (Roger-Charles-Edmond), médecin-major de 2^e classe, au 43^e régiment d'infanterie : « Médecin militaire d'une activité, d'une énergie et d'un dévouement au-dessus de tout éloge. A organisé, à force de travail et de persévérance, dans un secteur de fin de combat, le service médical du régiment, d'une manière parfaite. Le 3 mai 1918, s'est porté spontanément au secours d'une demi-section dont l'abri, voisin des premières lignes, avait été écrasé par un obus et y a organisé les travaux de sauvetage; malgré la continuation du bombardement, a sauvé plusieurs hommes intoxiqués par les gaz délétères de l'obus. »

Puis celle de M. le D^r Voivenel, ancien chef de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Toulouse.

M. VOIVENEL (Paul), médecin-major de 2^e classe, chef de l'Ambulance 15/6 : « A continuellement été un modèle de bravoure, d'énergie aussi bien comme médecin de bataillon que comme médecin-chef d'ambulance. Doué des plus hautes qualités professionnelles, intellectuelles et morales, a, par son exemple personnel, dans les circonstances les plus difficiles et les plus périlleuses, obtenu de ses subordonnés un rendement exceptionnel et fait de sa formation une formation citée comme modèle, s'acquittant brillamment, en toutes circonstances, des tâches souvent lourdes et supplémentaires. » (Sixième citation.)

Nous enregistrons encore avec plaisir les deux citations suivantes : la première citation à l'ordre de l'armée, obtenue par

M. le D^r Douzain, interne du service d'admission de l'asile de Maréville.

« Le médecin aide-major de 2^e classe DOUZAIN (Charles), de l'Ambulance de la V^e D. C. « Chargé du poste de recueil de l'ambulance, pendant les combats du 29 mai, a superbement entraîné ses brancardiers, pour aller, malgré la fusillade ennemie, relever les blessés; ne s'est replié qu'à la dernière minute des différents emplacements de son poste, sans abandonner un seul blessé, donnant à tous le plus bel exemple de courage et de dévouement. » (Troisième citation.)

Rappelons que notre jeune confrère, M. Douzain, a passé un an de captivité en Allemagne; il est une nouvelle preuve de la façon déloyale dont nos ennemis appliquent les clauses de la Convention de Genève, qu'ils ont acceptées et signées.

La seconde citation, ordre du 2^e régiment d'artillerie de campagne, a été obtenue pour le fils de notre dévoué collaborateur, le D^r Cullerre, médecin-directeur honoraire des asiles d'aliénés.

Le médecin aide-major CULLERRE (René) du 3^e groupe du 2^e régiment d'artillerie : « Modèle accompli de l'homme de devoir, gardant, dans les circonstances les plus critiques, son calme souriant. Prodigue sans cesse ses soins aux malades et aux blessés avec un dévouement digne des plus grands éloges. »

NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

Décret du 13 juillet 1918. — Sur la proposition du ministre de l'Intérieur, est nommé chevalier de la Légion d'honneur : M. CUVELIER (Omer), directeur de l'asile d'aliénés d'Armentières (Nord); dix-huit ans de services civils. Titres exceptionnels : a fait l'objet de la citation suivante, émanant du Gouvernement et publiée au *Journal officiel* du 5 avril 1916 : « Au moment de l'occupation allemande, le 15 octobre 1914, alors que trois batteries d'artillerie venaient de faire irruption dans l'enceinte de l'asile et s'installaient entre les pavillons des enfants et celui des pensionnaires, s'est très courageusement porté au-devant du commandant des troupes pour lui exposer le danger que la présence de ces canons allait faire courir à la vie des malades et lui demander de les retirer. Malgré le refus qui lui était opposé, a insisté énergiquement pour obtenir satisfaction en faisant ressortir que l'asile devait être respecté au même titre qu'un hôpital. L'officier commandant les batteries en référa alors à ses chefs et, deux heures après, recevait l'ordre de quitter l'asile. A, sur l'ordre de l'autorité militaire, procédé à l'évacuation sous les obus, à la date du 31 octobre. »

NÉCROLOGIE.

D^r LEGRAS. — Nous avons la profonde douleur d'annoncer la mort de notre excellent collègue et ami, le D^r Legras, décédé à Paris, le 29 juin dernier, à l'âge de quatre-vingts ans.

Legras, qui était né à Paris, y fit ses études classiques, puis ses études médicales. Reçu interne des hôpitaux, au concours de 1862, il fit ses quatre années d'internat et soutint sa thèse de doctorat en 1866. Il eut l'honneur d'être l'interne du professeur Béhier qui le prit en affection et lui fut d'un grand secours dans ses débuts de médecin praticien. Intelligence fine et élevée, Béhier portait un vif intérêt aux questions de médecine mentale qu'il connaissait bien; dont il appréciait la haute portée morale et sociale. Cet intérêt, il sut le faire partager à son jeune disciple Legras, qu'il chargeait souvent de le remplacer dans ses fonctions d'inspecteur des aliénés des maisons de santé privées. C'est ainsi que ce cœur d'une grande bonté et d'une rare délicatesse, qui aimait à guider les jeunes, à les encourager, à leur faciliter la voie, prépara notre ami aux fonctions qu'il devait occuper plus tard.

Legras avait des connaissances approfondies en médecine générale; praticien distingué et très occupé, il se spécialisa dans les études de médecine mentale et de médecine légale des aliénés, peu après la guerre de 1870, lorsqu'il fut nommé médecin-inspecteur des asiles d'aliénés de la Seine, puis expert près les tribunaux.

A la mort de Legrand de Saulle, en 1886, notre regretté collègue Paul Garnier ayant été nommé médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt de la Préfecture de police, Legras devint son adjoint. Il conserva cette situation pendant près de vingt ans, jusqu'en 1905, où il succéda à Paul Garnier comme médecin en chef, fonctions qu'il conserva jusqu'à ces dernières années où l'âge le contraignit à prendre sa retraite. Il fut nommé chevalier de la Légion d'honneur, justifié récompensé des nombreux et signalés services qu'il avait rendus à l'Administration.

Legras était membre de la Société de médecine légale; il avait été élu membre titulaire de la Société médico-psychologique, en décembre 1898 et appelé à la présidence en 1909. Il avait pris part à la fondation de la Société clinique de médecine mentale, et fut son président en 1910. Comme l'a si bien dit M. le D^r H. Colin, présidant la Société médico-psychologique, dans sa séance du 29 juillet 1918, Legras « avait le culte de ces Sociétés aux séances desquelles il manquait rarement d'assister, malgré les conditions défectueuses où nous

étions obligés de nous réunir en raison de la rigueur de la température et des restrictions imposées par les circonstances. C'est en rentrant de la Société médico-psychologique que notre collègue a ressenti les premières atteintes de la maladie pulmonaire qui devait l'emporter ».

Legras laissera à tous ceux qui l'ont connu, le souvenir d'un caractère droit et loyal, d'une intelligence élevée et très étendue, d'un médecin clinicien d'une rare sagacité. Ceux qui perdent en lui un ami ne sauraient oublier combien il fut bon, dévoué, simple, modeste, combien son cœur était plein de délicatesse, de dévouement, de sympathie active pour ceux qu'il avait fait entrer dans son intimité. Ardent patriote, il avait souffert au plus profond de lui-même des événements de 1870-1871. Il devait revoir l'invasion. Avec quelle passion, il suivait depuis quatre ans les vicissitudes de l'effroyable guerre que nous vivons ! Il ne demandait qu'une chose, c'était d'assister à la victoire des Alliés. Cette joie ne lui fut accordée ; il est mort à la veille des succès qui l'eussent tant réjoui, en lui faisant entrevoir des succès plus grands encore.

D^r DROMARD. — La mort frappe à coups redoublés sur le corps des médecins aliénistes ; elle vient de faire une nouvelle victime, le D^r Dromard, décédé subitement à l'asile de Leyme, dans sa quarante-quatrième année.

Le D^r Dromard était originaire de la Côte-d'Or : il fit ses études médicales à Paris et fut successivement nommé interne provisoire des hôpitaux, puis interne de la Maison départementale de Nanterre. En 1902, il se présenta au concours de l'internat des asiles de la Seine, il fut nommé le premier, et trois ans après, soutint sa thèse de doctorat *sur les alcoolisés non alcooliques*. L'année suivante, il fut nommé au concours, le second sur dix admis, médecin adjoint des asiles d'aliénés. D'abord médecin adjoint de l'asile de Marseille, puis à celui de Clermont, il fut appelé à la direction médicale et administrative de l'asile de Vaclair, dans la Dordogne, jusqu'au moment de la guerre où il passa à l'asile de Leyme (Lot), c'est là que la mort est venue le surprendre brusquement.

Le D^r Dromard a beaucoup écrit ; il avait la plume facile et écrivait d'abondance. Il collaborait aux *Archives de neurologie*, à l'*Encéphale*, au *Journal de psychologie*, etc. Il a publié nombre de travaux en collaboration : avec le D^r Levassort, l'*Amnésie*, 1907 ; avec le D^r Sapelier, l'*Alcoolomanie*, 1903 ; avec le D^r Antheaume, *Poésie et folie*, 1908. On lui doit encore deux volumes intéressants : le premier, publié en 1909 et intitulé : *Les mensonges de la vie intérieure* ; le second, publié l'année suivante et ayant pour titre : *Essai sur la sincérité*.

D^r GEORGES CARRIER. — Nous avons enfin le regret d'annoncer la mort du D^r Georges Carrier, médecin en chef de la Maison de santé Saint-Jean-de-Dieu, à Lyon, décédé en cette ville à l'âge de quarante-six ans.

Le D^r Georges Carrier était le fils de notre regretté collègue et ami, le D^r Albert Carrier, professeur agrégé de la Faculté de Médecine et médecin des hôpitaux de Lyon. Il commença ses études médicales dans sa ville natale et vint les terminer à Paris. Nommé interne des asiles de la Seine au concours de 1897, il soutint sa thèse de doctorat en 1899; elle a pour titre : *Contribution à l'étude des obsessions et des impulsions à l'homicide et au suicide chez les dégénérés au point de vue médico-légal*. C'est un travail excellent qui dénote de profondes connaissances cliniques, une érudition étendue et un vrai talent d'exposition.

A la mort de son père, Georges Carrier fut appelé à le remplacer dans la direction médicale de la Maison de santé de Saint-Jean-de-Dieu. Il n'eut qu'à suivre les traditions paternelles pour se montrer à la hauteur de ses nouvelles fonctions dans lesquelles on peut dire qu'il réussit pleinement.

A la déclaration de la guerre, il fut mobilisé comme médecin-major de 2^e classe; il passa trois années sur le front et dans les ambulances de première ligne; par son expérience, il y rendit de précieux services. Il fut ensuite envoyé à Grenoble et enfin à Lyon, où il fut appelé à diriger les services des hôpitaux 197 bis et 11 bis. Il y avait peu de temps qu'il avait pris ces nouvelles fonctions quand il fut atteint d'une maladie contagieuse prise au chevet des soldats qu'il soignait; malgré les soins dont il fut entouré, il succomba, victime du devoir professionnel. Georges Carrier, tous ceux qui l'ont connu l'affirment, était une belle intelligence et un grand cœur; sa mort met en deuil une des plus vieilles et des plus sympathiques familles lyonnaises. Désirant rendre un hommage posthume à notre regretté collègue, le ministre de la Guerre lui a décerné la médaille de vermeil des épidémies.

PRIX DE LA SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

PRIX AUBANEL. — 1.500 francs. — Question : *Les périodes intercalaires et les terminaisons de la folie intermittente*.

PRIX BELHOMME. — 1.000 francs. — Question : *Etude sur les troubles mentaux consécutifs aux bombardements et aux explosions*.

PRIX CHRISTIAN. — 300 francs. — Ce prix est attribué chaque année par le Bureau de la Société donataire à un interne

des asiles d'aliénés de Paris ou de la province, momentanément gêné, soit pour terminer ses études, soit pour payer sa thèse (1).

PRIX MOREAU (de Tours). — 200 francs. — Ce prix sera décerné au meilleur mémoire manuscrit ou imprimé ou bien à la meilleure des thèses inaugurales soutenues en 1915 et 1916, dans les Facultés de Médecine de France, sur un point de pathologie mentale et nerveuse.

NOTA. — Il n'y aura pas de distribution de prix avant la fin de la guerre, sauf pour le prix Christian. La date du dépôt des mémoires sera indiquée ultérieurement.

(1) *Règlement du prix Christian.* — Article premier. — Les internes des asiles de France, candidats au prix Christian, devront :

1° Être de nationalité française;

2° Justifier de leur état de gêne momentanée par la production d'une attestation du médecin chef du service où ils sont internes;

3° Faire parvenir au secrétaire de la Société médico-psychologique une copie du manuscrit de leur thèse.

Art. 2. — Le candidat désigné par le Bureau recevra le montant du prix après l'envoi au trésorier de la Société médico-psychologique de deux exemplaires de faculté de sa thèse.

Art. 3. — Dans le cas où le prix ne serait pas décerné une année, le montant en sera reporté à l'année suivante et le Bureau pourra, s'il y a lieu, décerner plusieurs prix.

Art. 4. — Le prix Christian ne confère pas au candidat qui l'obtient le titre de lauréat de la Société médico-psychologique.

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.

L'ALIÉNATION MENTALE

ET DE

LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS



Psychologie morbide.

LA PATHOLOGIE MENTALE

DANS LES DRAMES DE SHAKESPEARE

Par le Dr A. VIGOUROUX

Médecin en chef de l'asile de Vaucluse.

Suite et fin (1).

Ophélie. — En étudiant les troubles mentaux présentés par Ophélie, nous passons à la description des formes de folie vraie que Shakespeare a mises sur la scène.

Il y a intérêt à soumettre ces troubles à une analyse rétrospective. Celle-ci montre que si les nomenclatures des affections mentales changent, les symptômes observés restent les mêmes.

(1) Voir les *Annales* de septembre 1918.

Le rôle d'Ophélie, tel qu'il est actuellement, serait difficile à comprendre, si on ne connaissait pas la légende de Belleforest. Là, Ophélie est représentée comme une femme « des plus mignardes et attrayantes », envoyée près d'Amleth pour l'épier et mettre en évidence sa simulation soupçonnée. Amleth est ému de la beauté de la fille et peut-être s'est-il trahi ; mais celle-ci « l'aimait dès son enfance et eût été bien marrie de son désastre et plus de sortir de ses mains sans jouir de celui qu'elle aimait plus que soi-même ». Elle avisa Amleth de sa mission et après l'entrevue, elle affirma qu'elle n'avait été l'objet d'aucune tentative de viol.

De ce personnage épisodique, Shakespeare, en modifiant légèrement sa psychologie, a fait la figure énigmatique mais attachante d'Ophélie. Cette fiancée, aimée si profondément par Hamlet, se montre froide et par là même très différente des autres amantes de Shakespeare qui se font remarquer par l'ardeur et la franchise de leur passion. Nulle part elle ne manifeste d'amour pour Hamlet ; tout au plus exhale-t-elle des regrets de le voir fou, « moi qui ai savouré l'enivrante ambrosie de ses serments d'amour, je suis condamnée à voir cette haute et puissante raison, pareille à une cloche fêlée ne plus rendre que des sons faux ou discordants ».

Très différente de Desdemone et de Juliette, elle se montre d'une obéissance passive vis-à-vis de son frère et de son père. Elle accepte sans protestation de remettre à son père les lettres de son amant, de lui rapporter ses paroles ; enfin elle ne comprend pas le sens de la prière contenue dans son dernier feuillet d'amour.

En somme, tant qu'elle jouit de sa raison, elle nous paraît très peu sympathique. Elle verse dans la folie après la mort de son père, sans qu'il soit possible de discerner si l'abandon de son amant, aliéné ou passant pour tel, a pu contribuer à lui faire perdre la raison.

Le rôle d'Ophélie aliénée est tout entier imaginé par Shakespeare : la légende ne fait pas allusion à cet incident pathologique.

Jamais description clinique d'une folie de la puberté ne fut plus exactement donnée, abstraction faite, bien entendu, de la forme versifiée que prennent ses propos, souvenirs innocents de chansons anciennes entendues dans son enfance. Ophélie présente un état psychique complexe fait de confusion mentale (elle ne reconnaît ni son frère Laerte, ni la reine) et d'excitation avec un peu d'agitation motrice. Elle est coiffée de fleurs et de paille ; elle est loquace, ses propos sont sans suite, réunis par association de mots, parfois un peu grivois, teintés de tristesse et de mélancolie ; elle parle de son père qu'on a mis dans la terre froide et glacée, des violettes qui sont fanées depuis cette époque, etc.

Ce trouble mental survenu subitement est décrit très exactement par Horatio qui demande à la reine de la recevoir : « Le fait est qu'elle extravague ; elle est dans un état digne de pitié. Elle parle de son père, prétend qu'on lui a dit qu'il se fait dans le monde des méchants tours, soupire, se frappe la poitrine, s'emporte pour des riens. Elle profère des paroles qui ont à peine un sens... ses discours incohérents donnent à ceux qui les entendent l'envie d'en deviner le sens... à voir les clignements d'yeux, les hochements de tête et les gestes dont elle les accompagne, on dirait que ses paroles ont un sens. » Cette discordance notée entre les paroles et la mimique est très fréquemment observée chez les sujets atteints de la folie de la puberté ; le ton de leurs discours, leur mimique, leurs gestes perçus de loin donnent l'impression qu'ils expriment quelque chose de sensé et de raisonnable, sentiment ou désir ; et quand, de plus près on peut comprendre les mots prononcés, on se rend compte que les phrases déclamées avec les apparences

du sentiment n'ont aucune cohérence et par suite aucun sens.

La tendance à la grivoiserie (chansons de Saint-Valentin) est également souvent observée chez les jeunes filles présentant de l'excitation maniaque, même lorsqu'elles sont d'une grande moralité.

Le mélange et l'alternance des tendances mélancoliques et de cette excitation avec jovialité constituent ce qu'on désigne aujourd'hui sous le nom *d'état mixte*.

La mort d'Ophélie racontée par la reine est pleine de poésie : en voulant orner de fleurs les branches d'un saule, elle tombe dans un ruisseau, entraînée par le courant et maintenue par ses vêtements, inconsciente du danger, elle continue à chanter des fragments de vieux airs, sans faire un geste pour se sauver ni pousser un cri d'appel. C'est la mort d'une malade profondément troublée dans sa conscience, si ce n'est pas la mort volontaire où Ophélie *se réfugie* pour oublier.

Antonio. — La dépression neurasthénique, sentiment analogue au spleen, est manifestée par Antonio dans le *Marchand de Venise*.

« En vérité je ne sais pas pourquoi j'ai de la tristesse, elle me fatigue; vous dites qu'elle vous fatigue aussi; mais d'où elle est venue, où je l'ai gagnée, où j'en ai fait rencontre, de quelle étoffe elle est faite et où elle est née; c'est ce que je suis encore à apprendre; cette disposition d'esprit me rend tellement stupide que j'ai grand peine à me connaître moi-même. »

Cette déclaration rappelle les vers de Verlaine.

Il n'est pire peine
De ne savoir pourquoi
Sans amour et sans haine
Mon cœur a tant de peine.

C'est la dépression simple, consciente, pénible, dou-

loureuse, distincte de la disposition d'esprit de Jacques le mélancolique dans *Comme il vous plaira*. « J'aime mieux la mélancolie que le rire... j'ai une mélancolie formée d'un grand nombre d'ingrédients extraits d'innombrables objets. »

Constance. — Jacques le mélancolique parle de sa *délicieuse tristesse*; dans *Le roi Jean*, il est question d'une mère qui *raffole de sa douleur*. Constance, mère de Frédéric, duc de Bretagne, manifeste, lors de la disparition de son fils, une douleur extrême qui se traduit par une invocation véhémence à la Mort : « O aimable, adorable mort ! infection embaumée ! saine pourriture !... je baiserais les os affreux, je mettrai mes prunelles dans tes creuses orbites, je ferai des bagues à mes doigts de tes vers familiers... viens à moi. Oh ! que ma langue n'est-elle dans la bouche du tonnerre... je réveillerai en sursaut ce cruel squelette... ! »

Comme Pandolphe lui fait la remarque : « Ce que vous proférez est folie et non douleur, » elle s'écrie :... « Tu es impie de me calomnier ainsi... je ne suis pas folle... plutôt au ciel que je le fusse, car il est probable que je m'oublierais moi-même... tant que je ne suis pas folle, je suis sensible à la douleur... ce qui est raisonnable en moi me conseille de me tuer ou de me pendre... Si j'étais folle j'oublierais mon fils ou je le prendrais follement pour ma poupée. Je ne suis pas folle, je ressens trop bien, trop bien, mes calamités. » Elle se livre à des manifestations excessives, si bien que le roi Philippe lui dit : *Vous raffolez autant de votre douleur que de votre enfant*. Elle répond : « La douleur occupe la place de mon fils absent, elle couche dans son lit... elle habille ses vêtements, etc. J'ai donc raison de *raffoler* de la douleur. »

La reine. — Très différente aussi et conforme à la réalité psychologique est la tristesse pleine de pressen-

timents de la reine, fille de Charles VI le fou (*Richard II*, Acte II, Scène II) : « Toute mon âme frissonne à l'idée d'une calamité qui n'est pas encore arrivée... je ne puis m'empêcher d'être triste, tellement triste que bien que ma pensée ne s'arrête sur aucun objet déterminé, je ne sais quel poids accablant m'affaiblit et m'opprime... je ne connais pas de cause à la douleur vague que j'éprouve, à ce rien qui m'afflige ; c'est d'un mal à venir que je souffre... » C'est ainsi que s'exprime l'anxieux ayant des troubles de la cénesthésie dont il cherche encore l'explication et qui le maintiennent dans l'état d'angoisse.

Périclès. — Enfin, une dernière manifestation de la mélancolie est la stupeur. C'est dans cet état que se trouve Périclès ; depuis la nuit fatale où il a perdu sa femme et sa fille, « il n'a parlé à personne et n'a pris de nourriture que ce qu'il fallait pour prolonger ses souffrances ». Sa fille vient à lui, il la reconnaît, il entend une musique céleste et un doux sommeil appesantit ses paupières. Il se réveille guéri....

Le roi Lear. — La folie du roi Lear est très intéressante à étudier. Elle a été créée de toutes pièces par le génie de Shakespeare. La trame de la pièce a été tirée de la chronique bretonne, traduite en latin par Geoffroy de Montmouth au XII^e siècle, et en vers français par Wace (1155). La légende place l'action en 3105 av. J.-C. Le roi Lear partage son royaume entre ses deux filles qui le flattent et donne sa troisième fille, la sincère Cordélia, sans dot, au roi de France Aganipus. Maltraité par ses filles, il gagne la France dénué de tout. Reçu avec tendresse par Cordélia, il rentre en Angleterre, grâce à l'aide d'une armée française, et reconquiert son royaume.

Shakespeare a donc profondément modifié la ter-

minaison du drame et a aussi donné la vie à de nombreux personnages.

An point de vue spécial qui nous occupe, la description de l'invasion de la folie dans un cerveau déjà modifié par l'âge et prédisposé constitutionnellement est un véritable chef-d'œuvre. Dès les premières scènes les troubles psychiques du roi Lear se manifestent par ses actes : le partage de son royaume, la malédiction de sa fille Cordélia, l'exil de Kent. « L'absurdité de sa conduite sante à tous les yeux », disent ses filles Goneril et Réjane. Celles-ci analysent en quelques mots la psychologie de leur père. « Tu vois à combien de caprices sa vieillesse est sujette... c'est une infirmité de l'âge..., toutefois il n'a jamais exercé sur lui-même qu'un contrôle imparfait.... à l'époque de sa plus grande vigueur intellectuelle il a toujours eu des lubies, et maintenant qu'il est vieux, il faut nous attendre non seulement à la manifestation de défauts depuis longtemps enracinés, mais aux bizarres emportements qu'une vieillesse infirme et chagrine amène avec elle. »

La prédisposition constitutionnelle ne peut pas être mieux indiquée ; de même est mise en évidence la part qui revient à la sénilité dans les modifications du caractère et de l'affectivité. De capricieux et un peu emporté, il est devenu irritable, coléreux, violent, imprévoyant et égoïste. Il a toujours eu beaucoup d'affection pour Cordélia ; brusquement il la bannit de son cœur, la déshérite et la maudit. « Pour affranchir sa veillesse du poids des affaires », il partage son royaume, se démet du pouvoir, mais cependant il veut conserver le nom de roi et les marques extérieures de sa dignité. Dans ce désir de repos qui le fait renoncer au pouvoir peut-on voir l'indice d'une phase de dépression légère ? Ce serait, croyons-nous, un peu exagéré. L'exercice du pouvoir le fatigue, il veut conserver de la royauté

les marques extérieures, ce qui satisfait sa vanité, et, avec une imprévoyance excessive, il se place lui-même sous la dépendance absolue de deux filles qu'il ne paraît pas avoir beaucoup aimées jusqu'ici. Son abdication est plus qu'un acte de despotisme, c'est une manifestation démentielle.

A peine installé chez Goneril, sa fille, il continue à se montrer emporté et violent, frappant l'écuyer et l'intendant, et, dès les premières manifestations de mauvais vouloir de sa fille, il s'exalte et s'excite. A ce moment il semble avoir une certaine conscience de la fragilité de son cerveau; tout en se lamentant il s'écrie en se frappant le front : « Frappe cette porte qui a laissé entrer la démence et sortir le bon sens. »

Après avoir maudit Goneril avec exaltation, il refuse toute explication à son gendre, le duc d'Albanie; tout en répondant aux plaisanteries de son bouffon, il discute avec lui-même la possibilité de recouvrer son autorité par la force et il ajoute : « Ciel miséricordieux, que je ne devienne pas fou ! conserve-moi la raison. » Plus tard, quand sa seconde fille Régane, renchérissant sur l'ingratitude de sa sœur, exige la suppression de toute sa suite et de tous les avantages qu'il s'était réservés, sa douleur est portée au summum; alors apparaît encore la crainte de la folie. « Je t'en prie, ma fille... ne me fais pas tomber en démence... je suis un pauvre vieillard moins chargé de douleurs que d'années... non je ne pleurerai pas... » Il refuse d'obéir à ses filles qui veulent le traiter en vieillard tombé en enfance : « Vous êtes vieux, seigneur, laissez-vous gouverner par ceux qui connaissent votre état mieux que vous. »

Seul, accompagné de son bouffon, il s'enfuit dans les bois. Cependant la folie survient et s'installe progressivement. Elle se manifeste d'abord par une grande exaltation. Insensible sous l'orage furieux il invoque

les éléments déchainés. Il a encore conscience de son état : « Par une nuit semblable, me mettre dehors, cette pensée me rend fon, évitons-la. » Puis, il a pitié de son bouffon exposé à la pluie et à la foudre, et avec bon sens il répond à Kent, qui le presse de rentrer dans une cabane : « Tu regardes comme pénible d'endurer cet orage furieux, c'est pénible pour toi, mais là où une grande douleur a fixé son siège une douleur moindre est à peine sentie. »

Dans la cabane il se trouve en présence d'Edgard Gloster, le pauvre Tom, qui simule la folie. Après avoir causé avec lui, il semble subir une sorte de contagion mentale, il s'excite, déchire ses vêtements, puis il entre en plein délire lorsqu'il veut faire passer en jugement ses filles devant Tom et le bouffon. Ce délire, délire de rêve, où il paraît être la proie d'illusions et d'hallucinations, se prolonge jusqu'à ce qu'il tombe dans un profond sommeil qui permet son transport à Douvres, près de sa fille Cordélia.

C'est là que nous le retrouvons quelques jours plus tard. Il apparaît comme un véritable excité maniaque : son front est couronné de fleurs, ses propos sont incohérents et il s'enfuit en courant et en jouant devant les officiers chargés de le surveiller. Notons cependant qu'à côtés de phrases peu cohérentes amenées par des associations de mots ou des assonances il se livre à des critiques très sensées sur la société, la luxure, les magistrats et les voleurs, les bourreaux et les courtisans. « Oh mélange de bon sens et d'absurdité ! la raison dans la folie ! » dit Edgard Gloster. Il est certain que ses satires si judicieuses et mordantes rappellent les propos tenus par certains maniaques intermittents.

Après un profond sommeil qui semble avoir été provoqué par les hypnotiques prescrits par le médecin, le roi Lear revient à lui sous les baisers de sa fille Cordélia

et est réveillé par les accords de la musique. Il est d'abord confus, puis il reconnaît Cordélia et Kent, et de nouveau apparaît cette demi-conscience de son trouble psychique : « Je suis un pauvre et débile vieillard qui a passé quatre-vingts ans... je crains de ne pas avoir toute ma raison. »

Dans le dernier acte, le roi Lear nous est présenté guéri mais affaibli. Il rapporte avec une extrême philosophie la défaite de ses troupes, il accepte volontiers la prison s'il doit y être avec sa fille Cordélia. « Nous passerons notre temps à prier, à chanter, à conter de vieilles histoires... » Son amour paternel remplit sa vie tout entière, il paraît même indifférent pour tout ce qui n'est pas sa fille. Quand Cordélia est assassinée, il retrouve assez d'énergie pour tuer son meurtrier, puis il manifeste sa douleur, si légitime, avec exaltation mais sans excès pathologique. Enfin, il meurt en embrassant le corps inanimé de Cordélia.

Avant sa mort le duc d'Albanie dit à ses officiers : « Nous prodiguerons à cette auguste ruine toutes les consolations qui sont en notre pouvoir. »

En résumé, le roi Lear est un homme constitutionnellement peu équilibré, que la vieillesse a rendu plus capricieux, plus impulsif et plus imprévoyant. Sous le coup de la déception, du chagrin que lui cause l'ingratitude de deux filles dénaturées, il sent la folie envahir son cerveau, il lutte, et il succombe. Délirant, puis excité maniaque il manifeste de la loquacité, de l'agitation motrice, du désordre des actes. Cette crise de folie dure quelque temps et se termine par un sommeil long et profond dont il sort progressivement guéri. Après, il reste certainement amoindri psychologiquement comme peut l'être un vieillard de quatre-vingts ans après une crise semblable, mais capable encore d'aimer sa fille, de raisonner juste et de la venger.

Le roi Lear n'est donc pas un type de dément sénile ; il n'a jamais été dément au sens propre du terme. C'est un vieillard qui, sous l'influence de violentes émotions, a eu un accès d'excitation maniaque.

Au point de vue psychologique, il est intéressant de noter que Shakespeare a laissé chez son héros la persistance de la conscience pendant la période d'invasion de la maladie, et qu'il lui a prêté la causticité des propos, l'agitation motrice, le caractère puéril et joueur que l'on observe chez certains excités maniaques.

Il n'y a aucune raison d'admettre que le roi Lear ait été le type d'un excité intermittent, puisque aucun accès antérieur n'est signalé et que, d'autre part, les causes morales pathogènes sont portées par l'auteur à leur summum d'intensité.

Nigaudin Slender. — La débilité mentale simple avec suggestibilité et niaiserie est représentée par Nigaudin, neveu de Cerveau-Vide (*Joyeuses commères de Windsor*, acte I^{er}) ; il prétend à la main de miss Anne Page, sans grand amour ; « mais, dit-il à son oncle, quoi qu'il en soit, si vous me dites : épousez-la, je l'épouserai, c'est à quoi je suis très dissolu très dissolument ». Resté seul avec miss Anne, il lui fait une cour niaise, ridicule, ses discours manquent d'à-propos. C'est la note comique.

Caliban. — Dans *La Tempête*, Caliban représente la débilité morale s'accompagnant des stigmates physiques de la dégénérescence héréditaire. C'est un petit monstre hideux au moral comme au physique, dont l'esprit comme le corps enlaidit avec l'âge, imposteur, sur qui la bonté est impuissante et que les coups seuls peuvent émouvoir, sadique qui a cherché à violer la fille de son bienfaiteur.

Sans insister sur les troubles sensoriels qu'il ressent :

apparitions diaboliques, singes faisant la grimace, glapissant après lui et cherchant à le mordre, couleuvres qui l'enlacent tendant leurs langues fourchues et lui sifflant aux oreilles, qu'il attribue au pouvoir magique de son maître Prospéro et qui ressemblent étrangement aux canchemars des intoxiqués et des alcooliques. Il faut noter qu'après avoir bu du vin et s'être enivré, il se sauve avec Stéphano, « voyant des esprits sous la forme de chiens à leurs trousses ».

C'est bien là le portrait du dégénéré vicieux et mal-faisant, porté au viol, aux excès de boisson et qu'une prédisposition spéciale laisse en proie à des canchemars terrifiants, et même à un délire hallucinatoire que le sujet rapporte à une cause extérieure à lui, à la puissance d'un magicien.

Un autre dégénéré difforme, d'une intelligence vive mais d'une moralité très inférieure, ambitieux et cruel, est Richard III, duc de Gloster, qui tue ses frères, ses neveux, ses meilleurs amis. « Avorton prédestiné au crime, lui dit la reine Marguerite (*Richard III*, acte I^{er}, scène III), toi que l'enfer a marqué de son sceau et la nature des stigmates de l'esclavage, opprobre du lit de ta mère, produit impur du sang paternel... Ta naissance fut pour moi une douloureuse affliction; ton enfance a été méchante et colère; ton adolescence sauvage et furieuse; ta jeunesse audacieuse et téméraire..... M'est-il jamais arrivé de passer un moment heureux auprès de toi? » lui dit sa mère, la duchesse d'York, acte IV, scène IV. Lui-même a conscience de ses défauts physiques et de ses vices; il les examine dans deux monologues, l'un dans *Henri VI*, acte III, scène II, l'autre dans *Richard III*, acte I^{er}, scène I^{re}. « Quelle autre jouissance le monde peut-il m'offrir? J'ai été bronillé avec l'amour dès le ventre de ma mère... mon bras desséché comme une branche flétrie, une

hideuse voûte élevée sur mon dos, des jambes inégales font de moi un ours mal léché... mon seul plaisir est de commander, de courber ceux que la nature a mieux partagés que moi..... »

Le portrait peu flatteur que fait de lui-même le duc de Gloster, dans *Henri VI*, drame que tout le monde s'accorde à attribuer à un auteur postérieur à Shakespeare, n'est que la réplique du monologue par lequel débute le drame *Richard III* : « Moi qui ne suis pas fait pour me livrer aux folâtres ébats, qui suis grossièrement façonné, à qui la capricieuse nature a refusé les belles proportions et les nobles traits, moi qu'elle a envoyé avant terme dans le monde des vivants, difforme, incomplet, à peine ébauché et encore d'une façon si défectueuse que les chiens, lorsque je passe auprès d'eux en boitant, aboient après moi, il ne me reste pendant la paix d'autre passe-temps que de regarder mon ombre au soleil et d'analyser mes propres difformités... je suis déterminé à devenir un profond scélérat par ruse, artifice, perfidie, cruauté. »

L'observation clinique de ce dégénéré difforme et vicieux est complète. L'influence héréditaire (produit impur du sang maternel) amenant la naissance avant terme y est notée; les stigmates physiques de dégénérescence sont énumérés avec précision; les troubles du caractère se manifestant dès la première enfance sont décrits. On comprend que chez un tel sujet conscient de ses tares et de sa laideur, le dépit et l'envie exaspèrent les tendances constitutionnelles à l'orgueil, à la perfidie, à la cruauté.

Malvolio. — Dans le caractère des sujets prédisposés au délire de persécution et de grandeur, on observe une vanité excessive qui les porte à croire qu'ils sont un objet de jalousie et d'admiration; parfois cet excès d'amour-propre s'accompagne d'un faible développe-

ment du jugement et surtout de l'autocritique. C'est bien les traits que Shakespeare, dans la *XII^e nuit*, prête à Malvolio, l'intendant que la soubrette veut faire passer pour fou, lorsqu'il est tombé dans un piège grossier tendu à sa vanité. Sous la foi d'une épître mystérieuse dont il interprète tous les termes il se persuade qu'il est aimé par sa maîtresse. « C'est un sot plein d'affectation, un butor bouffi de vanité, tellement entiché de sa personne qu'il croit qu'une femme ne peut le regarder sans être amoureux de lui. »

Auparavant sa maîtresse lui avait dit : « Vous avez la maladie de l'amour-propre et tout semble fade à votre palais malade. Vous prenez pour des boulets de canon ce qu'un esprit sain considère comme boulette de sarbacane. »

C'est le tableau de la constitution paranoïaque et n'est-il pas curieux de constater que c'est ce sujet prédisposé au délire que l'on veut faire passer pour fou ?

Leonte. — La jalousie comme la vanité excessive prédispose au délire. Léonte, roi de Sicile, devient subitement jaloux de sa femme qui s'entretient avec Polymène, roi de Bohême. Il interprète tous leurs gestes, toutes leurs attitudes; il les voit « se presser les mains, se froisser les doigts, échanger des sourires d'intelligence comme dans un miroir, les entend pousser de profonds soupirs comme la fanfare du cerf aux abois ». Ce sentiment de jalousie le pousse au crime.

Othello. — C'est également la jalousie qui pousse Othello, épileptique, et comme tel très impulsif, à tuer Desdemone. Iago fait naître cette jalousie avec beaucoup d'astuce : « Gardez-vous, dit-il, de la jalousie, ce monstre aux yeux livides qui crée lui-même l'aliment, dont il se repaît. » « J'ai le malheureux défaut de me livrer à la recherche des torts, et souvent ma jalousie crée des délits imaginaires. Ne permettez pas

que ces observations vagues et sans suite troublent votre tranquillité. »

Nourrice de Juliette. — La nourrice de Juliette présente un affaiblissement psychique manifeste. Elle est bavarde, radoteuse, impudente. Elle se perd en incidentes sans intérêt ; ses propos sont souvent déplacés et grossiers ; surtout elle manque de sens moral ; elle est du reste bonne femme et affectionnée à Juliette. L'origine de cet état mental pathologique serait difficile à préciser, car cette femme, qui a eu un enfant quatorze ans auparavant, n'est pas parvenue à un âge où la démence soit légitime, si à deux reprises ses réclamations concernant l'eau-de-vie ne nous mettaient sur la voie du diagnostic.

En apprenant la mort de Tybalt tué en duel par Roméo, elle s'associe aux lamentations de Juliette et elle s'écrie : « Il n'y a plus à se fier aux hommes... *Pierre, de l'eau-de-vie !* ces chagrins, ces malheurs, ces tourments me font vieillir !... »

Plus tard, quand Juliette, sous l'influence du soporifique, a les apparences de la mort, elle s'écrie : « Au secours ! au secours ! ma comtesse est morte ! oh quel malheur ! Pourquoi suis-je née ? *Donnez-moi de l'eau-de-vie !* »

La nourrice est une alcoolique chronique et ainsi s'explique sa dégradation intellectuelle et surtout morale.

Bien que très attachée à sa maîtresse, elle tient des propos déplacés se rapportant à un incident banal de la jeunesse de Juliette, et à une réponse naïve que celle-ci fit à un propos grivois de son mari ; elle ressasse cette histoire, en rit encore malgré que ses maîtresses la prient de se taire. Elle a l'âme d'une entremetteuse, elle accepte la bourse de Roméo, elle fait l'éloge indiscret de Juliette et consent sans difficulté à aller cher-

cher l'échelle « avec laquelle dès qu'il fera nuit, votre amant doit dénicher un nid d'oiseau ». Elle est vaniteuse, taquine, incohérente dans ses propos. « Quel est cet ouragan, lui dit Juliette, qui souffle dans des directions si opposées? »

Son amoralité se montre au maximum, lorsque, après le mariage de Roméo et de Juliette, elle pousse cette dernière à abandonner Roméo banni. Elle lui vante les charmes du comte Paris : « C'est un charmant cavalier, je vous assure et toute autre chose que votre Roméo?... Vive Dieu! je vous trouve favorisée du ciel par cette seconde union, car elle surpasse de beaucoup la première!... » « O vieille réprouvée, s'écrie Juliette! monstre de perversité! Je ne sais ce que je lui pardonne le moins de vouloir me rendre parjure ou de déprécier mon époux qu'elle a tant de fois exalté au-dessus de tout. » Manifestement la nourrice est vénale, elle a perdu toute moralité, et cet affaiblissement psychique et surtout *moral est bien le fait de l'alcoolisme.*

Falstaff. — Falstaff est également une victime de l'alcool. « Tu as l'esprit tellement épais à force de boire du vin vieux », lui dit le prince Henri. C'est un gros bonhomme ventru, ivrogne, paillard, gourmand, un lâche, un voleur; violent et brutal vis-à-vis des faibles, soumis et plat devant la force, vantard, menteur, il invente à plaisir les exploits où son courage s'est montré, il échafaude des accusations calomnieuses; convaincu de mensonge, il rit, fait une plaisanterie et avoue sans manifester de honte. A la guerre, il se montre officier concussionnaire, soldat poltron et sans honneur. « Qu'est-ce l'honneur? Un mot. Qu'est-ce que le mot d'honneur? Du vent. Joli, vraiment. » Il cherche à se parer des plumes du paon, à s'attribuer une victoire due à un autre.

« Il est tellement immoral, si franchement, qu'il ne l'est plus, » dit Taine. Le prince Henri n'a aucune illusion sur son compte; il le considère comme « le plus étrange drôle qu'il y ait au monde » et cependant il éprouve pour lui une certaine sympathie. Ce sentiment de sympathie est en général partagé par ceux qui le connaissent et qui cependant souffrent de son indécatesse et de son absence de sens moral, il semble qu'il soit dû à son esprit caustique et facile, à sa bonne humeur et à l'absence de toute hypocrisie.

En général, les ivrognes et les buveurs que met en scène Shakespeare sont assez sympathiques, tel lord Toby, oncle de la comtesse Olivier (XII^e nuit), d'autres fois ils sont incohérents en leurs propos et inconséquents dans leurs actes, tel sire André dans la même pièce.

Toutefois les effets de l'intoxication ébrieuse sont bien décrits, tantôt de façon caustique, tantôt sous forme de regrets amers.

« Le boire, dit le concierge du château-fort de Macbeth, produit trois effets : la rougeur du visage, le sommeil et le besoin d'uriner. Il provoque et réprime la gaillardise, il excite le désir et s'oppose à l'exécution... »

Par contre Cassio, officier d'Othello, qui s'est enivré, s'écrie : « S'enivrer ! parler comme un perroquet, quereller, jurer, débiter des sottises à son ombre ! O invincible esprit du vin, si tu n'as pas de nom, nous devons t'appeler le diable !... Dire que des hommes peuvent faire entrer dans leur bouche un ennemi qui va voler leur cervelle ! et que nous sommes capables de nous transformer en bêtes avec joie, plaisir, entrain et orgueil ! »

Ces descriptions se passent de commentaires.

Macbeth. — Le drame de Macbeth est peut-être le chef-d'œuvre de Shakespeare, en raison surtout de la

vérité du caractère des personnages du premier plan, de Macbeth et de lady Macbeth. Au point de vue médical, les deux héros présentent des réactions émotives, notées avec la plus grande sincérité, dont l'intérêt est toujours puissant. Jamais cependant Shakespeare n'a suivi d'aussi près les données de la chronique : il s'est contenté de donner à ces héros une vie si intense qu'ils sont devenus immortels.

Les chroniqueurs Holinshed, Boèce, Pinkerton dont les œuvres sont analysées par François-V. Hugo, dans la préface des *Tyrans*, ont écrit la vie de Macbeth, roi d'Ecosse de 1039 à 1057. Macbeth, petit-fils du roi Melcom II, cousin du roi actuel Duncan, « plus fort pour le cloître que pour le palais », époux de la belle Gruach, fille de Bodhe, a sauvé à trois reprises, par sa valeur militaire et même son héroïsme, le royaume d'Ecosse envahi par des ennemis. Des sorcières lui apparaissent et lui prédisent la royauté. Poussé par lady Macbeth, « ambitieuse qui brûlait du désir inextinguible de porter la couronne », à l'aide de partisans parmi lesquels se trouve Banquo, il tue Duncan et usurpe le trône. Devenu roi, il est en quelque sorte condamné à la tyrannie, et, pendant les dix-sept ans de son règne, il épouvante la noblesse, il fait tuer Banquo, il fait assassiner la femme et les enfants de Macduff. Enfin il est tué à son tour par Macduff, « qui n'est pas né de sa mère, mais arraché de son ventre » et qui avait fait porter des branches d'arbres à ses soldats pour les faire avancer près de l'ennemi. Les prophéties des sorcières se trouvaient ainsi réalisées.

C'est sur ces données que Shakespeare construisit son drame.

Macbeth est un ambitieux, thane de Glamis, thane de Cawdor, grisé par les succès et les victoires qu'il vient de remporter; il a conscience de sa valeur, mais

il est né bon et loyal. Petit-fils de roi, cousin d'un roi incapable, dans un pays et à une époque où le trône était souvent occupé de force, il lui était permis d'espérer de gouverner le royaume d'Ecosse. Cependant il n'accepte pas sans lutte la suggestion qui lui est faite par les sorcières.

Il n'est pas de la lignée des grands ambitieux qui, sans regrets ni remords, sacrifient tout pour atteindre le fruit de leur désir. Tel Hotspur, qui, pour jouir seul de la gloire et de son immortelle splendeur, se déclare « prêt à s'élever d'un bond jusqu'à la lune ou à plonger jusque dans la profondeur de l'Océan pour y saisir la gloire brillante » (*Henri IV*). « Il convoite les grandeurs, dit lady Macbeth, il n'est pas sans ambition, mais il les veut sans les peines qui les accompagnent; il désire posséder un bien et il craint de faire ce qu'il faut pour l'obtenir. »

Dès que l'idée qu'il peut devenir roi effleure sa pensée, le désir envahit son esprit et le trouble; « l'horrible image fait battre son cœur contre les parois d'une violence qui n'est pas naturelle; ma pensée, dit-il, où le meurtre n'est qu'à l'état de fantôme ébranle à tel point toutes mes facultés, que toutes leurs fonctions sont entravées ». Toutefois son intelligence n'est pas à ce point obnubilée qu'il ne puisse délibérer, réfléchir et en somme lutter victorieusement contre le désir obsédant. Il prévoit les conséquences possibles de son acte; « si une fois la chose faite, tout était fini!!! » Il se dit que Duncan est un roi vertueux et aimé de tous et qu'il est dans son château, sous une double sauvegarde: « je suis son parent et son sujet et je suis son hôte ».

Mais l'influence de lady Macbeth vient à l'encontre de cette décision et le pousse au crime: « As-tu donc peur de mettre tes actes et ton courage en harmonie avec tes désirs... lâche poussé par le désir, retenu par

la crainte. » Ces excitations surmontent son indécision; « me voilà décidé, je vais tendre tous les ressorts de mon énergie corporelle ». C'est alors que sous l'action de l'émotion intense qui précède l'exécution du projet, la représentation de l'acte qu'il doit accomplir s'extériorise sous forme d'hallucination visuelle et il voit « un poignard devant lui, la garde tournée vers sa main, qui marche dans la direction qu'il doit prendre et dont la lame se couvre de gouttes de sang ». Il n'est cependant pas le jouet inconscient de cette hallucination et la raisonne. « Fatale vision, dit-il, n'est-tu que le produit mensonger d'un cerveau en délire?... Rien de tout cela n'existe, c'est mon projet sanguinaire qui fascine ma vue. »

A peine le meurtre accompli, le remords qu'il avait escompté l'accable; il lui semble entendre une voix qui lui crie : « Tu ne dormiras plus! Macbeth a tué le sommeil, sommeil innocent qui arrête par un nœud le fil et la douleur, mort quotidienne, baume versé sur les blessures du cœur, etc., etc. » « Ces aberrations d'un cerveau malade sont indignes de toi », lui dit lady Macbeth.

A partir de ce moment, en effet, Macbeth est sur les confins de la mélancolie : solitaire, rêveur, triste, il est en proie à des préoccupations, à des craintes constantes entretenues par des cauchemars terrifiants. « Que les mondes soient anéantis, plutôt que de manger notre pain dans la crainte, plutôt que de dormir dans le supplice des rêves terribles qui toutes les nuits nous agitent. » Mieux vaudrait mourir « que de rester livrés sans relâche aux tortures de l'âme »... « Aujourd'hui, je suis comprimé, mis à la gêne, emprisonné, confiné dans mes inquiétudes et dans mes craintes. »

C'est dans ces conditions morales qu'il apprend la mort de Banquo, assassiné par son ordre, et qu'il se

rend au repas auquel il l'avait convié en grande pompe. En entrant dans la salle du festin, il est maître de lui, il se montre hypocrite et témoigne le regret de ne pas voir l'hôte attendu, et, tout à coup à la place que Banquo aurait dû occuper, il voit un spectre qu'il regarde et secoue sa sanglante chevelure. Il manifeste la plus vive terreur et jette des regards effarés sur le siège où tous les autres convives ne voient rien. « Ah ! si les cimetières laissent échapper ceux que nous leur confions !... il fut un temps où lorsque le crâne était vide de cervelle, l'homme mourait ; mais, aujourd'hui, avec vingt blessures mortelles dans la tête, les morts ressuscitent et viennent hardiment nous chasser de nos sièges ! »

Après avoir disparu un instant, la vision réapparaît et Macbeth est le jouet d'une terreur plus vive encore. Il est tremblant et affolé : « Arrière ! Ote-toi de ma vue ! Que la terre te cache !... Tout ce que peut oser un homme, je l'ose... Redeviens vivant et ma fermeté ne tremblera pas à ton aspect... Il demande du sang, on dit que le sang veut du sang... »

Macbeth a bien éprouvé là une véritable hallucination visuelle, du caractère pathologique de laquelle il n'a pas eu conscience. L'apparition du spectre de Banquo a été visible pour lui seul ; très différente par là des apparitions collectives des sorcières, qui parlent et prophétisent, et qui ont été conservées de la légende comme un procédé scénique d'un grand effet dramatique. La pathogénie de l'hallucination visuelle de Macbeth est facile à établir. Triste, déprimé, encore novice dans le crime, l'esprit plein de l'image de Banquo, la conscience bourrelée de remords (l'assassin vient de lui dire que Banquo est couché dans le fossé du château avec vingt blessures dans la tête), il est obligé de parler de lui et de feindre des regrets de son absence. L'image qui l'obsède et le

poursuit s'objective sous les traits d'un spectre à la chevelure ensanglantée : l'hallucination, dans ce cas, n'est que l'évocation involontaire, inconsciente de l'image visuelle qui revêt une intensité excessive.

Quand les convives sont partis, il paraît se rendre compte qu'il a été malade : « Le trouble étrange par lequel je me suis trahi est l'effet d'une timidité novice. Nous sommes encore jeunes dans le crime ! »

Il ne va pas tarder à s'endurcir par de nouveaux crimes. En effet, à peine Banquo est-il mort que déjà l'attitude de Macduff lui paraît suspecte, qu'il ordonne sa mort et va faire égorger sa femme et ses enfants ; il se plonge dans le sang et transforme l'Écosse en une terre « où pas un être sourit... où les cris de désespoir n'attirent plus l'attention de personne... où la cloche funéraire sonne sans qu'on demande pour qui... où l'on meurt avant d'avoir été malade ».

Quand les armées anglaises envahissent son pays, Macbeth est soutenu par la prédiction que nul homme né d'une femme ne peut prévaloir contre lui ; mais il est aussi endurci dans le crime et ne paraît plus en proie au remords : « Je me suis rassasié d'horreur, maintenant que ma pensée meurtrière est familiarisée avec les choses les plus terribles, rien ne peut plus m'effrayer. » Il se montre très désabusé, très fataliste et indifférent à l'annonce de la mort de sa femme : « Elle aurait dû mourir plus tard et attendre que j'eusse le loisir de m'occuper de cette nouvelle. » Il combat avec courage jusqu'à ce qu'il succombe sous les coups de Macduff, qui a été arraché avant terme du sein de sa mère.

Macbeth était, en réalité, un caractère brave et intrépide à la guerre, mais sans énergie dans la vie courante. Sous la suggestion de la prédiction de la sorcière et surtout sous l'influence de sa femme, il a commis un crime dont il comprenait l'horreur et dont il prévoyait

les conséquences. Le premier crime en a entraîné un second, le meurtre de Banquo. Les remords, agissant sur sa timidité novice dans le crime, provoquent l'apparition de Banquo. Puis, il s'endurcit, devient insensible et se transforme en un criminel vulgaire. Ses remords, très vifs au début, s'atténuent progressivement pour disparaître.

Il en est très différemment de lady Macbeth.

Lady Macbeth est le mauvais ange de son mari. « Regardez-la, écrit Fr.-V. Hngo, pendue au cou du noble thane, cette créature pâle et blonde, souple, charmante, féline, irrésistible. C'est l'image vivante de la séduction. » Elle a des désirs infinis de domination et de jouissance. Elle « voudrait se défaire de son sexe, avoir du fiel dans les mamelles » ; si elle avait juré, elle n'hésiterait pas « à broyer la cervelle de son enfant au moment où il lui sourit ». Elle veut être reine, elle ne reculera devant aucun crime pour le devenir. Elle traite de lâche son mari, ce héros victorieux, elle met en doute la réalité de son amour ; c'est elle qui « verse dans son oreille une courageuse ardeur, qui écarte les scrupules qui l'empêcheraient de saisir le cercle d'or », qui raffermir son courage, le décide à l'action, qui mélange des hypnotiques au breuvage des chambellans, qui, après le crime va reporter les poignards et va barbouiller de sang les domestiques endormis. « Mes mains sont de la couleur des tiennes, dit-elle à Macbeth, qui lui montre ses mains tachées de sang, mais je rougirais d'avoir un cœur aussi pusillanime... Rentrons dans notre chambre, un peu d'eau suffira pour nous laver de cette action... »

Elle manifeste du sang-froid lors de la découverte du crime, et lors du festin où Macbeth voit le spectre de Banquo, elle fait preuve de la plus grande présence d'esprit ; elle rassure les invités, invoquant un mal dont

son époux souffre depuis son enfance, puis elle reconforte Macbeth : « Quel enfantillage, voilà encore une fois une de ces terreurs folles de ton imagination... Tu as besoin de sommeil, ce baume réparateur des forces de tous les êtres ! » Elle est au courant des projets meurtriers de son époux et elle les approuve.

Plus tard (acte V, scène I^{re}), cette femme forte, dont l'âme impénétrable et dure comme le diamant paraissait devoir toujours ignorer le remords, nous apparaît comme malade, atteinte de somnambulisme. Nous apprenons que toutes les nuits, endormie, elle se lève et accomplit un certain nombre d'actes, toujours les mêmes, et nous assistons à une scène très dramatique, dans laquelle elle revit les différentes phases du meurtre de Duncan : ses encouragements à son mari, le meurtre : « Qui eût pu croire qu'il y avait tant de sang dans ce vieillard !... », la souillure de ses mains par le sang, ses efforts pour faire disparaître les taches de sang : « Va-t'en, tache maudite... Ne pourrai-je nettoyer ces mains... Toujours l'odeur du sang, tous les parfums de l'Arabie ne pourront pas les désinfecter... ! Au lit, au lit, on frappe à la porte, viens... » « Cette malade est au-dessus des ressources de mon art, conclut le médecin qui, cependant, a déjà observé des cas analogues, des actes dénaturés engendrent du désordre contre nature. Elle a plus besoin du prêtre que du médecin. Veillez sur elle, mettez hors de sa portée tous les objets dont elle pourrait faire usage contre elle-même et ne la perdez pas de vue. »

Le médecin déclare à Macbeth que « son corps est moins malade que son esprit, obsédée qu'elle est par des imaginations qui la troublent et l'empêchent de se reposer... En pareil cas, c'est au malade à se guérir lui-même ». Plus tard, nous apprenons qu'elle est morte et qu'elle a mis fin à ses jours par une mort violente.

Comment pouvons-nous interpréter ces documents cliniques si précis ?

La scène de somnambulisme hystérique est décrite d'une façon magistrale. Bien qu'endormie, la malade a les yeux grands ouverts, mais, comme les somnambules, elle ne voit que ce qui se rapporte à ces conceptions actuelles, ce qui la rend étrangère aux événements qui se passent autour d'elle. Elle vit un rêve, toujours le même, elle exécute des gestes toujours identiques et prononce les mêmes paroles. Le rêve vécu est la reproduction des scènes de meurtre qu'elle a contribué à accomplir et du rôle qu'elle y a joué.

C'est, en somme, la réapparition périodique d'un état mental systématisé qui, par suite de la dissociation de la personnalité, reste dans le subconscient ou dans l'inconscient durant la veille. La réapparition durant le sommeil entraîne l'évocation des idées, des actes, des paroles qui lui sont indissolublement liés.

Nous retrouvons des observations analogues dans tous les auteurs qui ont écrit sur le somnambulisme et en particulier dans les travaux de P. Janet, qui s'est particulièrement occupé des dissociations de la personnalité. Tous sont d'accord pour conclure que ce sont les préoccupations passionnelles ou émotives les plus vives qui ont une tendance à réapparaître pendant le sommeil naturel ou provoqué. Les préoccupations qui ont toujours un caractère pénible sont repoussées de la conscience à l'état de veille, elles réapparaissent quand l'activité consciente est annihilée par le sommeil.

Malgré son impassibilité apparente, sa maîtrise de soi prodigieuse, lady Macbeth n'en avait donc pas moins été très péniblement impressionnée par les crimes commis sous son inspiration et avec sa complicité active. Mais alors que Macbeth, tellement émotif que, sous l'influence du remords immédiat, il était démoralisé,

déprimé, halluciné même, est devenu indifférent et endurci dans le crime par la répétition même des choes émotifs, lady Macbeth, qui n'a pas éprouvé d'émotion immédiate, manifeste, plusieurs années après, des réactions émotives tardives, de nature différente, mais qui ne sont pas moins intenses. Peut-être n'a-t-elle pas eu l'obsession consciente de l'image du crime accompli et de l'émotion concomitante qui constitue le remords vrai, mais elle a éprouvé les effets pénibles d'une obsession subconsciente ou même inconsciente qui s'est manifestée par du somnambulisme, l'a profondément déprimée et l'a conduite au suicide.

La différence des réactions émotives, suivant les tempéraments, est nettement mise en évidence dans ces deux personnages, et là encore Shakespeare s'est montré un psychologue génial et, pourrait-on dire, un précurseur.

Shakespeare est peut-être allé plus loin dans la connaissance des états psycho-névropathiques, car il semble bien qu'il ait prévu les effets de la suggestion hypnotique. Dans le charmant et poétique épisode du sommeil et du réveil de Titania (*Le Songe d'une nuit d'été*), il est permis de reconstituer une scène de somnambulisme provoqué par suggestion. Obéron, le roi des génies, est furieux contre sa femme Titania, la reine des fées, qui a refusé de lui céder un page. Après une dispute violente, il profite du moment où Titania endormie repose, mollement appuyée sur le thym sauvage, la violette et la grande primevère, pour lui presser sur les paupières le suc d'une plante appelée par les jeunes filles la pensée d'amour et lui faire l'étrange suggestion suivante : « Quand tu rouvriras les paupières, que le premier objet, qu'apercevront tes yeux, embrase ton cœur amoureux. Aime-le, donne-lui ton cœur tout entier ; quand ce serait un ours, un tigre, etc. »

Titania ouvre les yeux et voit près d'elle un clown affublé d'une tête d'âne. Elle en devient amoureuse, lui dit maintes tendresses, le couvre de fleurs, le presse sur son sein, sans se laisser décourager par la vulgarité des propos et des manières de son amant. Elle est si ridicule qu'Obéron est pris de pitié. Il s'approche d'elle, lui verse encore sur les paupières le suc d'une autre fleur et lui ordonne : « Éveillez-vous, charmante reine, que vos yeux voient comme ils voyaient naguère. » Titania s'éveille alors et est toute hontense de voir l'objet de son amour. « Oh combien maintenant mes yeux abhorrent son visage ! » s'écrie-t-elle. C'est bien là une véritable scène de suggestion hypnotique. Il est vrai qu'Obéron n'endort pas Titania ; mais il profite de son sommeil naturel pour la mettre dans un état second pendant lequel elle obéit à la suggestion qui lui est imposée et ne voit plus la réalité telle qu'elle est. Elle ne reprend sa personnalité première que lorsqu'Obéron la réveille par des manœuvres et des injonctions qui rappellent singulièrement celles des hypnotiseurs modernes.

Pierre de Coulevain a relevé cet épisode et a remarqué cette coïncidence dans son beau roman *Ève la victorieuse* (*Revue de Paris*, 1904). Il fait dire à un de ses personnages qui prise très fort Shakespeare : « Ceux que nous appelons les Maîtres ont écrit sous une haute inspiration les livres que l'humanité devait déchiffrer... Ils la conduiront jusqu'au bout de sa course, car ils renferment toute philosophie, toute psychologie, toute science... Nous n'avons pas encore compris la Bible, ni l'Évangile, ni Dante, ni Shakespeare. De là leur immortel attrait. »

Ces réflexions peuvent servir de conclusions et d'excuses à ces modestes études cliniques.

Psychologie

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

CONFUSION MENTALE PSYCHOGÈNE

PAR LES DOCTEURS

R. CHARON

et

G. HALBERSTADT

Médecin-major de 1^{re} cl.,
Médecin-chef

Médecin aide-major de 1^{re} cl.,
Médecin traitant

du Centre-psychiatrique militaire de la région du Nord
(Dury-les-Amiens).

Nous désignerons sous le terme de confusion mentale psychogène tout accès confusionnel qui est dû à des causes d'ordre psychique et non somatique. Il ne s'agit pas là d'une terminologie absolument nouvelle, on la retrouve employée, depuis quelque temps, par plusieurs auteurs. Dupré qualifie de « psychogènes » « certaines psychoses... produites par le choc moral de l'émotion (1) ». Ballet et Rogues de Fursac disent que les troubles qui constituent l'état commotionnel sont d'origine « exclusivement psychogène » (2). Laignel-Lavastine parle d' « accidents psychogènes » à propos

(1) Dupré. Discussion sur les « psychoses hystériques » au quatrième Congrès belge de neurologie et de psychiatrie. *Encéphale*, 1908, II, p. 614.

(2) Ballet et Rogues de Fursac. Les psychoses commotionnelles. *Paris médical*, 1^{er} janvier 1916.

de diverses manifestations d'ordre névropathique ressemblant cliniquement à de l'hystérie (1). Une première question se pose tout de suite : pourquoi ne pas s'en tenir à ce terme d'hystérie? Pourquoi dire : « origine psychogène » au lieu d' « origine hystérique »? La réponse est bien simple : depuis le démembrement de la grande névrose effectué par Babinski, il est d'usage de ne considérer comme phénomènes hystériques, que ceux qui, provoqués par suggestion (auto ou hétéro), peuvent disparaître par persuasion, autrement dit : seuls les phénomènes pithiatiques ont droit, en clinique courante, à la qualification d'hystériques. Ce qui veut dire, en dernière analyse, ceci : un syndrome hystérique est toujours idéogène, d'ordre purement idéatif. Or, s'il est exact que ce processus psychopathologique (purement idéogène) est vrai souvent, il ne l'est pas toujours. En particulier, les états psychopathiques reconnaissent parfois une origine affective, non idéative, parfois les deux éléments (idée et état affectif) sont enchevêtrés. Le mot psychogène est donc préférable, comme ayant une portée plus générale.

Cette influence possible d'un état affectif (émotion, crainte) sur l'apparition d'un état psychopathique ne peut être niée, elle est actuellement admise par tout le monde. On sait, pour parler plus spécialement des psychoses de guerre, que Ballet et Rogues de Fursac qualifient tous les commotionnés d' « émotionnés ». Dans un article portant le titre significatif de « psychoses hystéro-émotives de guerre », Claude, Dide et Lejonne (2) disent expressément ceci : « Sur un terrain

(1) Laignel-Lavastine. Rapport sur le Centre des psychonévroses du gouvernement militaire de Paris. *Revue neurologique*, novembre-décembre 1916, p. 655.

(2) Claude, Dide et Lejonne. Psychoses hystéro-émotives de guerre. *Paris médical*, 2 septembre 1916.

constitutionnel spécial, l'émotion crée la psychose hystérique et la crainte du retour au danger l'entretient. » Nous pensons qu'il y a tout avantage à ne pas se servir du terme hystérique (nous venons de le dire tout à l'heure) que pour les phénomènes pithiatiques purs, réservant celui de psychogène à tous ceux chez lesquels cette origine purement idéative, idéogène ne peut être établie. Ce faisant, nous croyons être d'accord avec l'opinion de Dupré qui disait au congrès de Gand : « Je pense qu'il convient de ne déclarer hystériques que les accidents psychopathiques que peut produire la suggestion et guérir la persuasion. » Et il ajoutait : « Par cette définition même, j'estime qu'il faut éliminer de l'hystérie les états crépusculaires et délirants ordinairement rattachés à elle, mais indépendants dans leur origine et leur mécanisme de la suggestion (1). »

La légitimité de notre terme de « psychogène » étant ainsi établie, il nous faut maintenant examiner quel ordre de faits il convient de décrire sous ce titre de « confusion mentale psychogène ». Une question préjudicielle se pose : ces états confusionnels ne ressemblent-ils donc pas à tous les autres, notamment aux états infectieux et toxiques ? Nous croyons qu'il n'est pas prudent de résoudre cette question *a priori* par l'affirmative. Dans son traité de sémiologie mentale, Chaslin a écrit ces lignes : « La soi-disant confusion hystérique... n'existe pas. L'hystérique est absorbé par son rêve, *distrain et non confus* (2). »

En parlant de la confusion mentale commotionnelle, Régis dit : « Cette confusion mentale... diffère par certains points de la confusion mentale typique, celle

(1) Dupré. *Loc. cit.*

(2) Chaslin. *Éléments de sémiologie et clinique mentales*. Paris, 1912, p. 608.

qui survient au cours des infections aiguës (1). » On voit que, d'après ces auteurs, il n'y a pas identité absolue. Nous n'avons pas l'intention de donner une description complète de tous les troubles mentaux psychogènes. Seuls, nous arrêteront — le titre de notre travail l'indique — les états confusionnels. Parmi ceux-ci nous laisserons de côté ces confusions de courte durée qui font suite à la commotion par déflagration d'explosifs. Elles sont bien connues à l'heure actuelle (2). Après Régis, Ballet et R. de Fursac, Chavigny (3), Léri (4), Renaux (5), nous avons essayé d'en préciser les principaux caractères (6). A notre avis, trois symptômes essentiels dominent le tableau morbide chez les commotionnés récents : l'asthénie, la confusion avec prédominance de phénomènes amnésiques, les troubles de la parole. Il y a aussi de nombreux symptômes associés et des complications. Parmi celles-ci, nous mentionnions notamment les « accès confusionnels prolongés ». Nous disions : « Nous avons observé quelques cas où un accès confusionnel d'assez longue durée venait se greffer sur l'obtusion mentale passagère, propre à la commotion. » Ce sont justement ces accès prolongés que nous nous proposons d'étudier dans le présent travail. Nous venons de voir un de leurs

(1) Régis. Les troubles psychiques et neuropsychiques de guerre. *Presse médicale*, 27 mai 1915.

(2) Capgras, Juquelier et Bonhomme. La confusion mentale dans ses rapports avec les événements de guerre. *Société clinique de médecine mentale*. Séance du 7 juillet 1917. Rapport et discussion. (V. le *Bulletin* de décembre 1917.)

(3) Chavigny. Psychiatrie aux armées. *Paris médical*, 23 octobre 1915.

(4) Léri. Les commotions des centres nerveux par éclatement d'obus. *Revue générale de pathologie de guerre*, 1916, n° 2.

(5) Renaux. Etats confusionnels consécutifs aux commotions des batailles. *Thèse de Paris*, 1915.

(6) Charon et Halberstadt. Les troubles psychiques des commotionnés. *Paris médical*, 7 juillet 1917.

modes d'apparition : consécutivement à une commotion récente. Mais il y en a d'autres : parfois ils surviennent à la fin d'une convalescence, d'autres fois sous l'influence d'émotions diverses. Le commotionné classique, tel qu'on le voit dans les formations psychiatriques d'armée, est un « effrayé », un « choqué », un homme qui, sous l'influence d'une brusque et terrible émotion, a eu une obnubilation psychique passagère, une sorte de stupéur. Les malades dont nous parlerons ici sont des sujets atteints d'une véritable maladie mentale, pouvant avoir une certaine durée et ne ressemblant pas à ces états suraigus et passagers qui s'observent communément.

Nous donnerons tout d'abord cinq observations personnelles, que nous considérons comme typiques.

OBS. I. — Man..., vingt-six ans. Entré le 18 octobre 1916.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Rien de particulier.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Pas d'affections nerveuses ni mentales. Exerce la profession de boulanger.

MALADIES ET ÉVÉNEMENTS DEPUIS LE DÉBUT DE LA GUERRE.

— Parti dès la mobilisation, n'a encore jamais été évacué pour maladie. Deux blessures : avant-bras droit et main gauche. Evacué sur le Centre psychiatrique d'Amiens directement du front, avec le billet d'hôpital suivant : « Confusion mentale après éclatement d'obus. »

SÉJOUR AU CENTRE. — Man... est légèrement excité, paraît très inquiet et jette autour de lui des regards interrogateurs. Dans le lit il remue à chaque instant les jambes sous les couvertures, d'autres fois fait des mouvements avec les mains, ne reste pas immobile un instant. Malgré cela, il y a un certain degré d'asthénie, non seulement parce que le sujet semble fatigué, mais encore parce que, à peine levé ou même assis, il demande aussitôt à se coucher.

Relativement à son état d'agitation, parle peu, les phrases sont courtes, sommaires et ont toutes trait à des impressions de combat. Il saute parfois d'une idée à une autre, mais toutes ses idées n'en sont pas moins relatives à ses impressions du champ de bataille.

Il veut aller rejoindre le lieutenant G..., son chef : « Il est plus loin dans les boyaux, il est peut-être mort; il criait : En avant, les petits. » Pleure en disant ces paroles. Puis continue : « P... a été tué; l'obus l'a coupé au milieu. » Ensuite demande brusquement à l'infirmier quelles sont les médailles que celui-ci porte. Il est très inquiet et anxieux. Sa première phrase a été : « Il n'y a pas de Boches ici? » Revient constamment à ses dernières impressions avant l'évacuation : « le lieutenant a tué le grand Boche, le petit Boche voulait tuer le lieutenant. Je lui ai jeté la grenade. Et puis je n'ai plus vu le lieutenant. Il est parti dans l'obus. Il est peut-être mort. (Pleure.) C'était la grosse marmite. Il en tombait partout. P... a été tué. Il venait de permission. Le Boche m'avait tué. Je n'ai pas senti la tête. » Brusquement colle l'oreille au mur et dit : « Ça marmite, ce n'est pas encore fini. » Puis, à voix basse : « Je n'ai plus mon fusil, on a pris mon fusil. » Ecoute de nouveau et dit inquiet : « S'ils arrivent, on n'aura rien : pas de fusils, pas de grenades... on n'est pas bien là, il faut avancer par-là..., le cuisinier n'est pas venu, il aura laissé tous les bidons par là. » Au bout de quelque temps, dit : « Il faudrait que j'aille voir le lieutenant, j'avais dit aux brancardiers d'y aller tout de suite; s'ils l'ont laissé dans le trou, il sera mort. »

La confusion dans les idées est profonde. Quand on lui demande son nom et son âge, Man..., pour toute réponse, montre sa plaque d'identité. Ignore le mois et l'année en cours. A oublié son secteur postal. A oublié quel est le département qu'il habite. L'attention est troublée au plus haut point. Elle est fugitive, il est impossible de la fixer, le malade revenant aussitôt à son cercle d'idées habituel. En insistant beaucoup, on obtient quelques réponses, comme par exemple sur le domicile du père. Ne sait pas qu'il est à l'hôpital. Quand on le lui dit, le reconnaît, mais aussitôt après l'oublie. On lui fait voir une montre en le priant de dire l'heure. Il tourne l'objet de tous côtés, mais ne répond pas, puis parle de sa montre à lui, dit que celle-ci est jolie, mais ne répond pas à la question posée. Prend l'encrier pour une grenade. Le manie avec précaution. On constate, en somme, que Man... vit tout à fait en dehors de la réalité et s'en désintéresse.

Comme autres signes, mentionnons la céphalée et une légère douleur aux oreilles. Pas de signes physiques anormaux.

Au bout de quelques jours, il y a eu une notable amélioration. Un certain degré de désorientation persiste encore, mais

l'attention est infiniment meilleure, et le malade répond assez bien aux questions usuelles. La céphalée persiste (« il me semble qu'il y a quelque chose dans la tête et qu'il faut l'enlever, c'est comme une bête qui gratte dans la tête » ; se rend compte toutefois que ces sensations sont morbides). L'amnésie est absolue pour toute la période confusionnelle, la mémoire ne revient que pour les faits à partir du 20-21 octobre, l'instabilité motrice persiste, mais beaucoup moins accusée que le premier jour.

A la fin du mois d'octobre, Man... est devenu absolument calme et lucide. Il a commencé à se lever et à s'occuper. Il est resté dans cet état jusqu'en janvier 1917. Pendant ce laps de temps, nous n'avons constaté aucun trouble psychique, sauf ce fait que par moments le sujet nous paraissait légèrement désespéré, rêveur, préoccupé. Le 7 janvier 1917, nous prévenons Man... qu'il partira bientôt en congé de convalescence, sa guérison étant achevée. Il accepte très bien la chose, et dit même qu'une convalescence lui fera plaisir. Le 9, au matin, devient légèrement excité et veut quitter l'asile en prenant la fuite. Cette tentative d'évasion a été faite sans aucune précaution. Il est immédiatement repris et alité. Nous le voyons aussitôt après. Man... est dans un état de confusion. Il sait où il se trouve et que nous sommes en janvier 1917, mais se croit ici « depuis cinq-six mois ». Ne peut expliquer dans quelles conditions il a été évacué du front. Dit que « dans la nuit ou hier » a entendu des obus et les mitrailleuses : « C'était par là, là-bas, j'étais contre un mur, derrière il y avait tous les autres. » Paraît de nouveau terrifié. Tendance à pleurer.

10 janvier 1917. Est très confus et désorienté (est ici depuis juin 1915, nous sommes en janvier 1916). Présente le même tableau morbide qu'au mois d'octobre, le lendemain de son entrée dans le service. Fait des mouvements presque continuels dans son lit, tout comme les premiers jours. Dit : « J'ai entendu les mitrailleuses et tout le fourbi. » Croit que l'ennemi a avancé. — Pas de crises nerveuses. — Aucun signe physique.

11 janvier. Même état de confusion. Parfois colle l'oreille contre le mur, comme il le faisait au début. Attention fugitive. Air interrogateur et désespéré.

12 janvier. Moins confus. Il y a une tendance à l'amélioration.

Les jours suivants l'amélioration se maintient et s'accroît,

le malade redevient lucide. Finalement, le 21, il nous avoue qu'il éprouve une appréhension considérable à revenir au front. Il a une peur irrésistible des obus. Dit que lorsqu'on l'a prévenu de son retour prochain aux armées, en a été « impressionné, » et que cela l'a « remis comme il était avant ». Il y a une amnésie pour l'accès confusionnel d'il y a quelques jours. Ne se rappelle que les grands traits, tout le reste a disparu de sa mémoire. Proteste quand on lui dit qu'il voulait s'enfuir. Ne se rappelle absolument rien de cette tentative de fugue. Paraît d'une sincérité absolue.

Cet état persista les jours suivants. Man... est devenu de plus déprimé, absorbé dans ses pensées. Le moindre bruit l'« énerve » et lui devient pénible.

Le 9 février 1917, Man... est évacué sur un établissement de l'intérieur, pour continuation de son traitement.

En résumé : État confusionnel post-commotionnel de courte durée ; puis, après un intervalle de plus de deux mois au cours desquels le malade est resté tout à fait lucide, nouvel accès de même nature et de même forme, survenu après l'annonce d'un départ prochain en convalescence avec, en perspective, retour au front ; caractères essentiels des deux accès : désorientation, troubles de la mémoire et de l'attention, légère excitation motrice, onirisme, guérison rapide avec, comme séquelles mentales, hyperémotivité et état subconfusionnel.

OBS. II. — MOR..., trente ans. Entré le 3 mars 1917.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Rien de particulier.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Pas de maladies antérieures. Pas d'alcoolisme. Exerce la profession de menuisier.

MALADIES ET ÉVÉNEMENTS DEPUIS LE DÉBUT DE LA GUERRE ET JUSQU'À L'ENTRÉE AU CENTRE. — Mobilisé en août 1914. A fait la retraite, puis a pris part à de nombreux combats. En décembre 1916, dans la région de Verdun, subit une commotion et est évacué sur un service hospitalier. Il y entre le 22 décembre 1916, et part en convalescence d'un mois le 26 janvier 1917. Diagnostic du service : « Commotion cérébrale avec confusion mentale ; cauchemars, amnésie, amaigrissement. Affection contractée en service commandé. » Des

notes cliniques qui nous ont été envoyées nous extrayons le passage suivant : « Le soldat Mor... est arrivé dans le service en état de torpeur très grande : il était impossible d'obtenir de lui une réponse précise aux questions qu'on lui posait ; légère agitation automatique et onirisme. Le malade est sorti très rapidement de cet état et trois jours après on pouvait obtenir de lui le récit suivant : Depuis un ou deux mois il était fatigué, il avait des préoccupations à cause de sa famille ; il était inquiet et dormait mal ; à sa dernière permission, il avait eu toutes sortes d'ennuis et il était revenu à son bataillon fatigué. Il avait été soumis, au fort de..., à un fort bombardement et il avait été peu ou prou enseveli : depuis ce moment et jusqu'à son arrivée dans le service, il ne se rappelait plus rien. Mor... est resté un mois dans le service. Les premiers temps il avait encore des troubles du sommeil, se levait la nuit et avait des illusions, croyant que sa femme et ses enfants étaient dans les environs ; ces phénomènes ont régressé, mais jusqu'à son départ en convalescence le malade est resté concentré en lui-même, vaguement déprimé, mais sans aucune idée délirante. »

Pendant les derniers jours de sa convalescence, qu'il a passée dans une localité de la région du Nord, Mor... a eu un accès confusionnel, et c'est alors qu'on nous l'a envoyé en traitement.

SÉJOUR AU CENTRE. — Mor... est amené dans le service le 3 mars 1917. Il présente l'aspect d'un confus, avec tendance au mutisme. Répond d'un ton rogue, les réponses sont courtes et sommaires. Il y a un degré accusé de désorientation. Ce qui frappe, surtout pendant les jours suivants, c'est l'existence d'idées délirantes multiples et de troubles sensoriels. Il est suivi, dit-il, par des gens qui l'épient, le persécutent, « se f... de sa g... ». Il est condamné, il a « attrapé vingt ans », on vient pour le tuer. Afin d'en finir, demande « un vieux revolver », pour mettre un terme à ses jours. A ces idées de persécution se mêlent des idées hypochondriaques. Se sent très malade, dit que son cœur est « déplacé ». Il y a de nombreux troubles sensoriels. La nuit surtout, ou au moment du réveil, a des visions terrifiantes. Un véritable « cinéma » se déroule devant ses yeux. Il voit des hommes et des femmes qui vont et viennent, ce sont tantôt des membres de sa famille, tantôt des personnages qu'il ne connaît pas. Ces visions lui font peur. Mais il est encore davantage terrifié par la vue de tous les détails de l'attaque du fort de ... près Verdun, quand ses cama-

rades ont été ensevelis. Parfois on constate aussi des hallucinations de l'ouïe, mais ces dernières sont moins nettes et moins fréquentes.

L'examen de la mémoire donne les résultats suivants. Le malade se rappelle la commotion et ce qui s'est passé immédiatement après. Mais il y a une lacune pour les événements qui ont suivi. Sait qu'il a séjourné à l'hôpital de ..., mais ne peut préciser les dates ni raconter ce qui s'y est passé. Se rappelle avoir eu quelque difficulté à s'exprimer après la commotion. Il se rappelle également avoir eu à l'hôpital de l'insomnie, de la céphalée et des visions terrifiantes. Mor... affirme avoir été souffrant pendant toute la convalescence (au point de vue psychique), préoccupé et obsédé par les hallucinations et les souvenirs pénibles de la commotion. Il se rappelle ces phénomènes pénibles, mais a oublié ses propres réactions. Sa famille lui a dit qu'il avait fait chez lui des actes bizarres, tels que celui (dont il a perdu tout souvenir) de se dévêtir et de parcourir ainsi plusieurs kilomètres, sans raison aucune. Il se rappelle bien les choses anciennes et aussi tous les événements saillants depuis la mobilisation jusqu'à la commotion. Puis, après une phase d'amnésie lacunaire complète, il y en a une autre où les souvenirs sont flous et imprécis, ainsi que nous venons de l'exposer. La mémoire de fixation est troublée. L'attention est instable et fugitive, on est obligé d'insister pour avoir une réponse.

Il y a une légère instabilité motrice. Parfois le malade se lève, va et vient sans but, avec un air désespéré et ahuri. Il y a parfois des périodes de bâillements continuels, inexplicables.

Les réflexes patellaires sont normaux. Il y a une anesthésie totale à la piqûre. L'appareil circulatoire est normal. Tremblement des mains.

Les jours suivants et pendant toute la durée du mois de mars, Mor... est resté sensiblement dans le même état.

9 avril 1917. Est toujours dans un état de légère obtusion. Continue à avoir des troubles sensoriels visuels. Des personnes se mettent dans un coin de la salle et lui font des menaces : « Quand je les vois, je me couche. » Ces hommes ne restent pas en place, ils bougent tout le temps. Demande des armes pour se défendre : « Je ne fais de mal à personne, je demande qu'on me laisse tranquille. » Parfois voit sa famille. Il n'y a pas d'hallucinations de l'ouïe. Le facies reste inquiet et interrogateur.

24 avril 1917. Amélioration notable depuis quelques jours. Le malade est plus calme et moins inquiet.

29 avril 1917. Bien orienté. Aucun délire. Aucune hallucination. Calme, lucide. Est légèrement déprimé et désespéré. S'occupe depuis quelques jours à de petits travaux de menuiserie (rééducation psychique). Dort bien, se comporte tout à fait normalement, mais un interrogatoire prolongé fait ressortir des troubles. Pour la période confusionnelle que nous avons observée au Centre, il y a une amnésie incomplète : il se rappelle les hallucinations de la vue et de l'ouïe (se rappelle le cinéma, etc., et aussi qu'il entendait des voix, mais ne comprenait pas ce qu'elles disaient). Se rappelle qu'il avait peur, mais a oublié ses propres réactions : le désir de se tuer, la tendance fréquente à se lever et à marcher dans les salles, les bâillements, etc. A la crainte que les troubles mentaux ne récidivent. Pense toujours au fort de ... et à sa commotion. Se rappelle tous les détails de celle-ci, mais ensuite il y a une lacune mnésique qui subsiste.

Hypoesthésie très marquée à la piqure, avec retard notable. Tremblement des mains.

Mai 1917. Même état. Continue à s'occuper.

Juin 1917. Même état. S'occupe régulièrement, mais reste toujours déprimé, préoccupé et désespéré. Se plaint souvent de maux de tête et de douleurs lombaires. L'examen objectif ne donne rien.

Pensé constamment à sa commotion et aux terribles impressions subies à ce moment : « Je vois toujours mes camarades. Je travaillais à côté d'une galerie. Puis nous sommes allés manger à côté. On était encore à quelques mètres de la galerie quand tout à coup arrive un obus en plein dessus. La galerie s'effondre et mes camarades sont ensevelis. J'ai couru pour les sauver. J'en ai retiré un qui vivait encore. D'autres sont morts. C'était sur la fin de mon séjour à ... J'y étais depuis dix-huit jours. » Ensuite, même état des souvenirs que nous avons noté lors des interrogatoires précédents : lacune, dysmnésie, dissociation.

Est positivement obsédé par le souvenir de la scène de l'accident. Le soir, y rêve : « J'y pense, je ne peux pas m'endormir. » N'a plus trace de délire ni d'hallucinations quelconques. Affaiblissement de la mémoire et de l'attention : « J'ai la tête ailleurs quand je lis ou j'écris. » A de la difficulté à se rappeler les choses anciennes comme les choses récentes,

mais c'est surtout la mémoire de fixation qui est atteinte. Il y a une évidente difficulté à fixer l'attention sur un objet déterminé ou sur l'évocation d'un souvenir. Ne travaille plus aussi bien qu'autrefois, avant la guerre; a oublié certaines choses de son métier. Se fatigue facilement.

Il n'y a pas de débilité mentale. Le malade sait lire, écrire et compter. L'orientation est parfaite.

Mor... est très impressionné par le fait d'avoir eu une maladie mentale et de ne pas être encore entièrement guéri.

Il nous dit être incommodé par le moindre bruit et avoir une terrible appréhension de revenir au front.

Tremblement léger des mains. Il y a une hypoesthésie marquée à la piqure avec retard (généralisée).

En résumé : état confusionnel survenu chez un ancien commotionné pendant la convalescence de la commotion; onirisme; désorientation; troubles de la mémoire et de l'attention; légère excitation motrice; séquelles mentales consistant en hyperémotivité et subconfusion.

OBS. III. — P..., trente-cinq ans. Entré le 31 octobre 1916.

L'existence d'une commotion antérieure est nettement spécifiée sur le certificat d'évacuation (le malade nous arrive d'un centre neurologique, où il ne put être conservé à cause de l'intensité des troubles psychiques). P..., au moment de l'entrée, est confus et asthénique. Il marmotte des paroles incohérentes et à peine intelligibles. La faiblesse physique est grande, il y a des troubles sphinctériens, et on constate l'existence d'une escarre. Le pouls est faible, les réflexes patellaires sont normaux. Le malade se plaint de douleurs vagues dans les membres. Les jours suivants, l'état physique devint progressivement meilleur, P... commence alors à pouvoir donner des réponses sinon exactes du moins compréhensibles. Pendant tout le temps de son séjour dans le service, l'état mental ne s'est pas modifié (la période initiale mise à part). Les lignes qui suivent en donnent une idée suffisamment exacte.

22 novembre 1916. Depuis quand êtes-vous ici ? « Deux-trois jours » ; puis : « Deux-trois ans ». — Quelle profession exercez-vous ? — « Exercions » ; puis : « Cultivateur » (exact). — Quel mois sommes-nous ? — « Exerceur » ; puis rit et dit : « Juillet ». — Année ? — « Mois de juillet ». — Age ? —

« Trente-deux ans. » Mais tout à l'heure a donné la réponse juste (trente-cinq). P... répond très rapidement, et on a l'impression qu'il dit n'importe quoi. — Où êtes-vous ici? — « C'est la maison de M. Chantoiseau. » — Votre régiment? — « Le repos il est là. » Puis, parle rapidement, dit des phrases inintelligibles. En insistant, on obtient des réponses justes : donne alors le numéro exact de son régiment.

24 novembre 1916. Quelle année? — « 1917. » Puis, dans les phrases suivantes, le mot « 17 » revient sans aucune raison plusieurs fois. — Age? — « 1917. » — Depuis quand êtes-vous ici? — « Deux ans... Si je cause comme cela, ce n'est pas pour réclamer. » Prononce parfois des phrases à tort et à travers. — Où êtes-vous ici? — « Août. » Ce mot va revenir dans les phrases suivantes. — Mois? — « 17 août. » — Régiment? « 17 août. » Quand on insiste, dit : « Octobre, août. » Dit savoir lire, mais refuse de le faire. Voici des exemples de calculs effectués : $4 \times 5 = 5$, $6 \times 7 = 7$, $3 \times 4 = 5$, $6 \times 2 = 6$.

10 décembre 1916. On note parfois une tendance à la fabulation. Dit être allé ce matin « scier du bois », donne des détails sur de prétendues promenades qu'il aurait faites. — Age? — « Trente et un ans. » — Mois? — « Octobre. » — Année? — « Cinq. » — Quand a commencé la guerre? — « 1906. » — Depuis quand êtes-vous ici? — « Au moins un mois. » — Combien d'enfants avez-vous? — A cette question répond tantôt : deux, tantôt : trois, parfois : pas du tout. Cette fois, répond : « Trois. » — Age? — « Trois. » — Et votre femme? — « Trente-huit, trente-neuf ans. » — Et vous? — « Quarante et un ans. » — Votre profession? — « Je cours dans les champs. » — Dites-moi les mois de l'année. — Refus de le faire, mais quand on lui dit : janvier, février, continue ainsi : « Mars, mai, juin, juin, juin, mai. » N'arrive pas à dire le mois exactement. — On lui montre des ciseaux, il les dénomme exactement. Puis on lui fait voir une pièce de 10 centimes. Répond : « Six sous. » Nouvelle pièce de 10 centimes : « Cinq sous. » Billet de 5 francs : « Cinq sous. » Une clef : « Cinq sous. »

P... n'a jamais été agité. Il n'a manifesté aucun autre symptôme psychopathique que la confusion profonde des idées, avec les particularités du langage que nous avons mentionnées. Il n'y a eu ni délire ni troubles sensoriels. Le malade se mettait parfois à parler rapidement, sans suite. D'autres fois, il plaisan-

taît, riait sans raison, se comportait d'une façon enfantine. Il gardait généralement le lit, n'était pas difficile à soigner. La réalité — présente, passée ou future — semblait le préoccuper très peu. Il fut évacué sur l'intérieur le 14 décembre 1916.

En résumé : état confusionnel post-commotionnel, caractérisé par une symptomatologie relevant du syndrome de Ganser et en partie de celui de Korsakoff; troubles particuliers du langage.

OBS. IV. — F..., trente-quatre ans. Entré le 13 septembre 1916.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Un frère et un neveu aliénés.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Syphilis en 1911. Vers la même époque, aurait eu, d'après sa femme, des troubles psychiques mal définis et qui auraient duré quatre mois : avait des moments d'agitation et paraissait halluciné. Sujet à des migraines. Caractère impulsif. Exerce la profession de valet de chambre.

ÉVÉNEMENTS ET MALADIES DEPUIS LE DÉBUT DE LA GUERRE JUSQU'À L'ENTRÉE AU CENTRE. — Mobilisé en août 1914. N'a jamais été ni blessé, ni évacué. Jusqu'à ces derniers temps, a toujours été plutôt à l'arrière. Depuis que sa formation a commencé à prendre part à des attaques (environ deux mois), les lettres aux siens sont devenues bizarres, révélant un certain désarroi mental.

F... nous arrive le 13 septembre 1916. Nous n'avons aucun renseignement officiel sur le mode de début de la maladie. Nous savons qu'il vient directement du front. Plus tard, le malade nous dira que ses derniers souvenirs se rapportent à sa présence en première ligne, face à face avec l'ennemi.

Séjour au Centre. — A l'arrivée, paraît très asthénique et somnolent. Le premier jour, était calme, silencieux, mais poussait de temps en temps des plaintes inintelligibles.

14 septembre. Est plongé dans un état de stupeur, sommeil, ne dit mot; il est impossible de l'interroger. Pendant qu'il est dans cet état de torpeur et d'assoupissement, a des secousses assez fréquentes dans les membres. Dans la journée, il y a eu un accès momentané de forte excitation. Brusquement, survinrent des contorsions violentes, le malade se débattait, voulait se lever. Le facies exprimait une profonde terreur. On

entendait les cris : « Les Boches, les Boches, sergent... » Du doigt, F... montrait un coin dans la salle, comme s'il s'y trouvait quelqu'un. En quelques minutes, tout était fini, et le malade s'assoupit alors de nouveau.

15 *septembre*. Torpeur entrecoupée de courtes périodes d'excitation, comme la veille.

16 *septembre*. Pas de changement.

18 *septembre*. Même état d'assoupissement. Parfois, prononce des phrases isolées.

19 *septembre*. A lu une lettre de sa femme. A dit qu'il était content et qu'il voulait la revoir.

20 *septembre*. État d'assoupissement, moins intense qu'au début. Fait parfois des contorsions de tout le corps, d'un caractère assez atypique. Pour la première fois aujourd'hui, nous pouvons procéder à un interrogatoire et à un examen méthodiques. Dit qu'il voit « les Boches qui passent le barbelé ». Montre, en le disant, un coin de la salle : ils y sont, il voit aussi des mitrailleuses et les entend fonctionner. Il entend aussi le canon, puis dit encore : « Il y a une mitrailleuse derrière l'arbre et quatre Boches qui traversent le parapet. » Là se bornent le délire et les troubles sensoriels. Il sait qu'il est à l'hôpital, croit que nous sommes en « octobre 16 », affirme que la guerre dure depuis février 1916. Ne parle presque pas spontanément, mais répond assez facilement aux questions. Ces réponses sont toutefois courtes et sommaires. Il y a quelques troubles du langage. Tantôt, il répète plusieurs fois la question posée, tantôt la réponse ou le dernier mot de celle-ci. A la demande où est son domicile, répond d'abord : « Domicile, domicile », puis désigne la ville où il habite, et répète plusieurs fois le nom de cette ville. De même pour sa profession. A cette dernière question, il répond : « Je suis maître d'hôtel chez des patrons, patrons, patrons... » Parfois, il détache les syllabes une à une, dans une sorte de maniérisme. Parfois, il marmotte des paroles inintelligibles, parmi lesquelles on arrive à distinguer quelques termes de la vie des tranchées, ou toujours le même refrain sur « les Boches », la « mitrailleuse », etc. Son attitude est très particulière. Il est constamment assoupi. Aussitôt qu'on lui pose une question ou qu'on l'appelle simplement par son nom, il se réveille en sursaut et regarde autour de lui les yeux grands ouverts. Puis, la réponse donnée, referme les yeux et redevient assoupi. Il mange et dort sans difficulté, se lève pour aller aux cabinets, mais dans l'intervalle de tous

ces actes, c'est le même état de simili-léthargie. Dans son lit, il tient toujours la tête cachée sous les couvertures. Il se plaint de céphalée et dit : « Je n'ai plus rien dans ma tête. » Réflexes patellaires normaux. Sensibilité normale.

30 septembre. Parle mieux. Mais reste assoupi et se réveille toujours en sursaut quand on l'interpelle.

4 octobre. Même état, qui tend à se stéréotyper. Jamais d'agitation, mais parfois fait de grands gestes, des mouvements bizarres, des contorsions, etc. Voici quelques extraits de ce qu'il nous dit : « Il y a des Boches ici. Ils sont là-haut. Je les vois. Ils sont quatre. Ce sont les mêmes qu'au début. Ils me crient sur la tête. Ils veulent m'avoir et aussi mon sergent. Il y a quelques jours, mon sergent et moi on a voulu en avoir un. Il était dans le barbelé, quand il nous a vus, il s'est sauvé... J'étais à un petit poste. Devant il y avait quatre Boches. On se voyait. On était tout près. Ils me tiraient dessus. Puis il y en a un qui veut venir me prendre. Moi je prends ma baïonnette, mais mon caporal et mon sergent ne veulent pas me laisser faire. J'ai commencé à crier : v'là les Boches. Je voulais monter sur les sacs à terre. Mon sergent a enlevé ma baïonnette. Et après, je ne sais plus ce qu'on a fait après. » Les phrases sont plus longues et mieux construites, mais parfois nous avons trouvé de l'agrammatisme. La parole est légèrement explosive, sans bégaiement proprement dit. Il y a une répétition fréquente des derniers mots dans les phrases prononcées. Le malade reste toujours mal orienté. Il sait qu'il est à l'hôpital, mais ignore la localité où se trouve celui-ci. On lui dit qu'il est à Amiens. Il répond : « Amiens, Amiens... dans la Somme, Somme », puis se rendort. Il croit être ici depuis six à huit jours. Nous sommes « en août-septembre ? » Année ? — « 16 ». Age ? — « Trente-quatre ans, trente-quatre ans ». Les réflexes patellaires sont aujourd'hui exagérés. La sensibilité à la piqure est diminuée et retardée à droite, très diminuée et retardée à gauche.

14 octobre. Même état d'assoupissement continu avec sursauts brusques quand on l'interpelle. Mais une fois « réveillé » ainsi, reste quelque temps éveillé. Ne voit plus « les quatre Boches ». Hier a vu, dit-il, « deux Boches » qui dansaient devant lui (fabulation et mythomanie probables). Croit être ici depuis quinze jours. « Quel mois ? — Octobre, octobre. — Quelle année ? — 16, 16, 16 ». Parfois affecte une attitude maniérée et théâtrale. Se plaint de céphalée.

23 octobre. Il y a une certaine amélioration. Pourtant, il y a quelques jours encore, prétendait voir deux Allemands qui voulaient le coiffer d'un casque.

22 novembre. F... reste toujours assoupi et a encore des réveils en sursaut. Mais il y a une amélioration, en ce sens qu'il est beaucoup moins craintif qu'au début et répond mieux aux questions.

10 décembre. Dit qu'il y a quelques jours a vu encore « un Boche, un tout petit ». Il se promenait tout seul, avec une bougie et regardait partout. F... s'est alors caché. Bien orienté. Calme. Continue à sommeiller tout comme au début. Quand on le fait quitter son lit, s'habille et reste assis, mais bientôt demande à se recoucher, regagne son lit, ferme les yeux et se plonge sous les couvertures. Fait toujours le même récit de ce qui a précédé son internement ; ses derniers souvenirs se rapportent à un soldat allemand qui s'avavançait sur lui ; il a voulu, dit-il, prendre la baïonnette et se défendre, mais le sergent l'en a empêché. Ensuite, ne se rappelle plus rien. Puis dit que l'ennemi n'est pas loin et qu'il bombarde la maison. Mais depuis plusieurs jours n'a rien entendu. Demande qu'on ferme la porte pour que « le petit Boche » qu'il a vu ne vienne pas dans la chambre.

Le 14 décembre, est évacué sur un asile de l'intérieur.

En résumé : état confusionnel prolongé greffé sur un état post-commotionnel, phénomènes hystériques, onirisme, semi-léthargie de durée insolite.

OBS. V. — Br..., vingt et un ans. Entré le 31 décembre 1916.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Pas de renseignements précis.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — A toujours été bien portant physiquement. Pas de maladie nerveuse définie. Ouvrier d'art à Paris (céramique). Pas buveur.

ÉVÉNEMENTS ET MALADIES DEPUIS LE DÉBUT DE LA GUERRE JUSQU'À L'ENTRÉE AU CENTRE. — Etant au camp d'instruction, aurait eu quelques troubles nerveux consécutifs à l'injection du sérum antityphoïdique. En campagne depuis mai 1915. Blessé en juin de la même année (éclats d'obus multiples : à la tête, aux mains, etc.). Pas d'indications sur des phénomènes commotionnels. Evacué à Mayenne. Pendant la convalescence, aurait eu des « visions ». Retour au front en septembre. En

novembre, évacué sur un centre neurologique d'armée, puis à Nantes. Réformé temporairement, B... rejoint son dépôt au bout de quelques mois, puis est de nouveau envoyé au front (mai 1916). En juillet, il fait un nouveau séjour dans un centre d'armée, d'où il sort avec un mois de convalescence. Diagnostic : « Dépression neuro-psychique avec troubles hystériformes au début (stigmates, mutisme) ayant cédé rapidement ». Revenu au front en automne, est de nouveau évacué le 1^{er} novembre 1916. Au sujet de cette évacuation, nous lisons dans les notes cliniques fournies par l'hôpital où il est entré, que des soldats de son régiment ont affirmé qu'il avait été projeté en l'air et renversé par l'éclatement d'un obus. Il reste en traitement pendant deux mois. Signalons les symptômes morbides suivants : troubles du langage (tendance à la mutité), hyperémotivité ; « à l'une des visites (du médecin traitant) dit qu'il a vu la lune, qu'elle était belle et qu'elle était à lui ; au dire de ses camarades, il aurait été aperçu plusieurs fois couché par terre et comme en extase à la vue de la lune, même une fois en état d'attaque convulsive ; un de ses camarades aurait voulu le soulever et a dit depuis qu'il était raide comme une planche ; la vue ou l'évocation de la lune continuent toujours à l'animer et à l'exciter ». Le 31 décembre, B... est transféré au Centre.

SÉJOUR AU CENTRE. — B... se présente au premier aspect comme un confus. Il a un air hagard, paraît tout désorienté, répète des phrases sans grande signification, comme par exemple celle-ci : « A Paris, ça va aller »... Dit qu'il a quatre pipes portant des noms de femmes : Gertrude, Mélanie, etc. Puis : « La lune, le soleil, ça c'est à moi, voilà. » Signes physiques : mydriase, tachycardie. Nous allons passer maintenant à l'étude des symptômes tels que nous les avons constatés pendant tout le temps que B... fut soumis à notre observation.

DÉLIRE. HALLUCINATIONS. — Délire très pauvre, comme stéréotypé, sans aucun développement. Répète toujours que la lune, le soleil, le firmament lui appartiennent, d'autres fois qu'il ne possède que leurs reflets. Parle surtout de la lune, avec une grande exaltation : « La lune me poursuit, elle me dit de bien travailler. Je me figure que la lune m'apporte des qualités. » Pas d'idées de persécution. Les troubles sensoriels sont absolument insignifiants (si tant est qu'ils existent). B... nous a affirmé un jour avoir vu « le Bon Dieu », qui s'est arrêté à la porte de la salle et lui a parlé. Il lui dit de ne plus

commettre de fautes et de ne plus « aller voir les demoiselles ». La fabulation et la mythomanie jouent certainement un rôle prépondérant dans la genèse de tous ces phénomènes morbides (délire et hallucinations). Plusieurs fois B... a déclaré ne plus croire à ces « idées », puis y est revenu de nouveau.

LANGAGE. — Il est très particulier. A noter que ses différents troubles (et surtout la tendance au mutisme) sont bien moins prononcés quand on interroge le malade en dehors de toute assistance. Il parle généralement à voix basse ; les phrases sont courtes, comme hachées ; il s'arrête à chaque instant, le débit est lent, le vocabulaire restreint, il y a parfois un léger embarras de la parole. A plusieurs reprises, nous avons constaté de l'agrammatisme, une tendance à parler comme un enfant. Répète souvent certaines expressions ou certains mots (« je suis bien content », « ça va bien aller », « et voilà », etc.). Parfois, il y a de l'écholalie. Il arrive que B... s'aide par gestes, qui sont alors souvent stéréotypés, enfantins ou théâtraux.

MANIÉRISME. PUÉRILISME. — Le malade connaît bien son âge, ne s' imagine pas être enfant, mais parfois se comporte comme tel : les gestes, le langage, toute l'attitude du sujet se distinguent par moments par des caractères puérils, difficiles à définir et à décrire, mais frappants. B... alors « fait l'enfant », veut se rendre intéressant, etc.

ÉMOTIVITÉ. — Elle paraît très accusée, surtout pour ce qui concerne le bombardement. Dans un moment d'abandon, B... nous a avoué avoir une terrible appréhension de revenir en première ligne.

ORIENTATION. MÉMOIRE. — Sauf les premiers jours, il n'y a jamais eu de désorientation véritable, la mémoire est bonne. Il faut certes insister parfois pour obtenir une réponse exacte, mais avec de la persévérance, on finit par se rendre compte que les troubles de cet ordre manquent.

FONDS INTELLECTUEL. — Il n'y a ni débilité mentale, ni affaiblissement acquis de quelque ordre que ce soit. B... dessine très bien, lit et écrit avec facilité. L'attention n'est pas troublée. Les remarques qu'il fait sont généralement fines et intelligentes.

SIGNES PHYSIQUES. — B... a eu dans le service plusieurs accès d'asthme. Le pouls a toujours été au-dessus de 100, souvent à 120, parfois il nous a semblé irrégulier. Les réflexes patellaires sont très exagérés. La sensibilité est normale, les pupilles sont égales, réagissant bien, en mydriase persistante.

Il y a un tremblement persistant des deux mains. Les réflexes conjonctivaux sont abolis.

Le 9 février 1917, B... est évacué sur l'intérieur.

En résumé : troubles psychiques post-commotionnels et purement hystériques associés ; élément pithiatique appréciable ; puérilisme mental ; tachycardie ; hyperémotivité ; plusieurs séjours dans différents centres neuro-psychiatriques.

Les cinq observations que nous venons de rapporter peuvent être rangées en trois groupes. Ce classement n'est fait que pour la commodité de la description, il n'est pas question de créer des « maladies nouvelles » là où il n'y a que des modalités réactionnelles vis-à-vis d'un facteur pathogénique commun.

Une première catégorie de faits est constituée par les psychoses émotionnelles qui évoluent sous l'aspect de l'onirisme. Celui-ci peut être défini, avec Delmas, de la façon suivante : « Au point de vue clinique, il est constitué par l'apparition sur un fonds de confusion mentale d'un délire hallucinatoire aigu ou subaigu, avec réactions émotives et motrices adéquates, dont la formule la plus habituelle est l'excitation anxieuse panophobique (1). »

Les malades Man... (obs. I) et Mor... (obs. II) entrent dans cette catégorie. Chez le premier, il s'agit d'un délire de courte durée, mais récidivant. Legrain a eu le mérite de décrire le premier ces sortes de délires « à éclipses ». Depuis le début des hostilités, plusieurs auteurs en ont déjà parlé. Ballet et Rogues de Fursac disent à propos des récidives : « ... Le sujet se voit sur le chemin des tranchées et, grâce à l'éréthisme émotif et imaginatif, cette perspective fait revivre les élé-

(1) Delmas. Les psychoses post-oniriques. *Congrès des aliénistes et neurologistes*. Rapport. Masson, Paris, 1914.

ments du syndrome commotionnel. » L'observation I de Claude, Dide et Lejonne en est un exemple. Capgras, Juquelier et Bonhomme ont très bien vu ces faits. Ils parlent des « récidives d'onirisme de bataille » et signalent notamment la ressemblance, au point de vue du délire, de la rechute avec l'accès initial (1). Chez Man..., on l'a vu, cette ressemblance était frappante. Rayneau et Capgras ont également attiré l'attention sur ces « délires oniriques récidivants à la suite des confusions mentales commotionnelles » et montré leur ressemblance (sans qu'il soit toujours question d'assimilation absolue) avec « ces somnambulismes, ces délires sensoriels et ces délires de mémoire depuis longtemps décrits dans l'hystérie et notamment dans l'hystéro-traumatisme (2) ».

Notre second malade, Mor..., diffère du premier en ce sens surtout que son accès a été beaucoup plus long. En plus du délire, qui du reste n'était pas aussi monoïdéique que chez Man..., on constatait, après la disparition des phénomènes aigus, un état de « subconfusion », avec troubles de la mémoire de fixation et de l'attention. Il y avait de plus des symptômes nets d'hystérie. Plusieurs auteurs ont signalé que les phénomènes confusionnels post-commotionnels étaient quelquefois de longue durée (voir plus haut). Nous en avons parlé dans notre article de 1917. Rogues de Fursac dit, à ce sujet, que dans des cas « exceptionnels », le délire et la confusion peuvent persister plusieurs semaines et constituer un véritable accès d'aliénation mentale (3).

(1) Capgras, Juquelier et Bonhomme. *Loc. cit.* Voir p. 61 et 64 du Bulletin.

(2) Rayneau et Capgras. Quelques cas d'états seconds séquelles de commotion. *Bulletin de la Société clinique de médecine mentale*, décembre 1917, p. 99.

(3) Rogues de Fursac. *Manuel de psychiatrie*, 5^e édition, Paris 1917, p. 468.

Ce qui fait, croyons-nous, l'intérêt de notre cas, c'est que le sujet a eu un accès de longue durée non pas immédiatement après la commotion, mais à la fin de la convalescence, longtemps après l'accident initial. L'origine purement psychogène ne peut être ici mise en doute, pas plus d'ailleurs que chez Man...

Le second groupe de confusions psychogènes englobe les malades dont la caractéristique psychologique est constituée par la prédominance du symptôme de Ganser. Nous ne pouvons en citer qu'un seul exemple : c'est celui de notre observation III. Le malade en question est un cas type de syndrome de Ganser. On sait qu'on désigne sous ce nom un trouble profond de la conscience (état dit crépusculaire), associé au symptôme des réponses absurdes (1). Nous avons signalé, dès 1917, l'existence possible de ce syndrome dans les psychoses commotionnelles et publié en 1918 une observation semblable à celle du soldat P... (2). Il s'agissait d'un homme du nom de R... qui présentait, en plus du syndrome de Ganser (exemples de ses réponses absurdes : la semaine a trente jours, la main a six doigts), aussi celui de Korsakoff (incomplet, il est vrai, tout comme chez P...). Ces malades avaient, de plus, tous les deux des troubles sphinctériens. Il y a là une coïncidence qui nous paraît curieuse. Kraepelin mentionne la possibilité de la fabulation au cours des syndromes de Ganser d'origine psychogène (3). Nous ne connaissons pas de publication relative à l'existence du symptôme des réponses absurdes au cours des psychoses de guerre.

(1) V. au sujet de ce syndrome, en plus des Manuels de Régis et de R. de Fursac, l'article de d'Hollander. Syndrome de Ganser et délire d'interprétation. *Encéphale*, 1909, II, p. 301.

(2) Charon et Halberstadt. Sur la tachycardie continue d'origine émotive. *Paris médical*, 1918, V, obs. II.

(3) Kraepelin. *Traité*, 8^e édition, 4^e volume, p. 1624.

Mais, pour ce qui concerne le syndrome de Korsakoff, il n'en est pas de même ; plusieurs auteurs l'ont signalé, le plus souvent à l'état d'ébauche. Dans ce cadre rentrerait, par exemple, le malade de l'observation II de Claude, Dide et Lejonne (« syndrome qui rappelle celui de Korsakoff »). Dumolard, Courjon et Regnard parlent de malades ayant un « syndrome fruste de Korsakoff (1) ». R. Oppenheim rapproche l'amnésie traumatique chez certains blessés de guerre « de celle qui caractérise certaines psychoses d'origine toxique et tout particulièrement la psychose polynévritique ou maladie de Korsakoff (2) ». Citons enfin J. Lépine qui, à propos de cas d'« encéphalite aiguë d'origine inconnue (3) » soulève la question de leur analogie avec les psychopolynévrites.

Les troubles du langage que présente P... sont d'ordre nettement névrosique. Ils sont surtout caractérisés par le phénomène de la persévération.

Nous avons rangé nos malades F... et B... dans la troisième et dernière catégorie. Ils se ressemblent par la prédominance chez eux de phénomènes qu'on n'aurait pas hésité autrefois de dénommer « hystériques ». L'élément pithiatique est marqué chez l'un comme chez l'autre. F... a été presque continuellement dans un état semi-léthargique dont le maintien pendant si longtemps était peut-être dû à un élément pathomimique. B... avait des tendances mythomaniaques et, de plus, du puérilisme. Ce dernier syndrome est remarquablement fréquent dans les confusions psy-

(1) Dumolard, Courjon et Regnard. Rapport sur le Centre neuro-psychiatrique d'Epinal. *Revue neurologique*, novembre-décembre 1916, p. 748.

(2) R. Oppenheim. L'amnésie traumatique chez les blessés de guerre. *Progrès médical*, 1917, p. 199.

(3) J. Lépine. Troubles mentaux de guerre. *Collection Horizon* Paris, 1917, p. 87.

chogènes. Tantôt il s'agit d'un simple « maniérisme puéril », selon l'excellente expression de Laignel-Lavastine et V. Ballet, comme chez le malade qu'ils ont présenté à la séance de décembre 1916 de la Société médico-psychologique (1); chez notre malade B... (obs. V) et dans le cas du soldat V... que nous avons antérieurement publié (2). D'autres fois il s'agit de puérilisme proprement dit, quand le sujet s'imagine être entièrement revenu à l'enfance (par suite d'un processus d'ordre émnésique, dont la sincérité n'est du reste pas toujours absolue). Dans cet ordre d'idées nous connaissons les cas de R. Oppenheim (3), J. Lépine (4), R. Charpentier (5) et un cas personnel (6).

Essayons maintenant de jeter un coup d'œil d'ensemble sur ces confusions mentales psychogènes, dont les trois formes ci-dessus n'épuisent sans doute pas toutes les modalités cliniques. Chez tous ces malades, il s'agit d'un processus étiologique et pathogénique commun : l'émotion choc provoque l'accès et ensuite intervient, pour la prolongation de celui-ci, le désir plus ou moins subconscient de ne pas être de nouveau soumis aux épreuves passées. Ainsi les symptômes morbides primitifs se trouvent, pour ainsi dire, fixés. Il est rare que la forme soit tout à fait pure : psychose onirique de terreur — syndrome de Ganser — pithiatisme avec puérilisme ne sont que des groupements schématis-

(1) Laignel-Lavastine et V. Ballet. Maniérisme puéril post-confusionnel. *Annales médico-psychologiques*, avril 1917, p. 232.

(2) Charon et Halberstadt. Sur la tachycardie continue d'origine émotive. *Paris médical*, 1918, V. obs. III.

(3) R. Oppenheim. *Loc. cit.*, p. 194.

(4) J. Lépine. *Loc. cit.*, p. 60.

(5) R. Charpentier. Un cas de puérilisme mental au cours des opérations de guerre. *Revue neurologique*, juin 1917, p. 296.

(6) Charon et Halberstadt. Puérilisme mental au cours d'une psychose post-comotionnelle. *Revue neurologique*, novembre-décembre, 1916, p. 316.

ques ; la lecture de nos observations le prouve. Pour ne pas trop allonger cette étude, citons seulement deux exemples : chez Mor... on note des symptômes pithiatiques, par contre chez F... il y a un élément onirique certain. Un fait particulier, c'est que l'état général (sauf peut être pour les cas où il y a une symptomatologie ressemblant à celle de la psychose polynévritique) est peu atteint : c'est là un élément de diagnostic avec la confusion mentale toxique. Il n'y a pas non plus ce degré si accusé de désorientation dans le temps et le lieu qui est le propre des véritables confus. Au début, certes, on peut la trouver, ainsi qu'une profonde amnésie (fugues), elle est ensuite plutôt exceptionnelle. Comme le disent Claude, Dide et Lejonne, les psychoses oniriques psychogènes sont souvent « théâtrales », et Kraepelin les appelle « pathétiques » ; en somme, elles paraissent moins « sincères » que celles d'une autre origine. Tanzi et Lugaro disent, à propos de ces formes, que la lucidité y est plus grande et les thèmes délirants « plus manifestes et plus stables (1) ». Nous avons remarqué que le sujet pouvait parfois, par une sorte de dissociation mnésique, se rappeler assez bien, une fois l'accès terminé, le délire et les hallucinations, mais qu'il ne conservait, en tout cas, jamais un souvenir quelconque de ses propres réactions. Si nous passons à la deuxième forme, nous pouvons noter que, ici encore, il y a comme un élément d'exagération subconsciente. On observe de plus, par un contraste curieux avec la forme précédente, où la psychose reflète la terreur que les émotions du combat ont provoquée chez le sujet, qu'il s'agit ici d'un processus de « refoulement » (comme l'ont dit certains auteurs). Le malade reponse

(1) Tanzi et Lugaro. *Trattato delle Malatti mentali*, Milan, 2^e édition, 1916, 2^e volume, p. 620.

loin de lui la réalité et se complaît dans les réponses à côté et la fabulation. La troisième forme, qui se rapproche le plus de l'hystérie et où on trouve si souvent du pnérilisme plus ou moins accusé est si particulière qu'elle sera toujours facile à distinguer. On a parfois la tendance à la confondre avec la démence précoce. Le diagnostic se fera par l'absence des symptômes fondamentaux de cette dernière affection. Pour ce qui est du passage d'une quelconque des formes décrites dans un état démentiel, il nous paraît douteux. La deuxième forme est toutefois d'un pronostic assez grave.

En terminant, qu'il nous soit permis de dire que nous n'avons pas voulu autre chose qu'apporter des documents cliniques pour l'étude d'une question qui était en partie connue dès le temps de paix (états crépusculaires), et que les troubles mentaux liés aux événements actuels contribueront sans doute à mettre au point.

Revue critique.

A PROPOS DES MESURES RÉCENTES

PRISES EN RÉPUBLIQUE ARGENTINE

CONTRE

L'AUGMENTATION DE LA CRIMINALITÉ

Par le Dr WAHL

Médecin en chef de l'asile d'Aix-en-Provence,

Chargé d'un cours d'anthropologie criminelle à l'Université.

Tandis que la « kultur boche » s'évertue à faire revivre les atavismes ancestraux les plus cruels, les Alliés luttent contre une hégémonie qui fait penser, par ses procédés, à celle des Assyriens ou des Mongols, aux Cyrus, aux Darius, aux Gengis-Khan et aux Tamerlan ; il est un peuple, latin d'origine, qui a le loisir — tout en venant à notre aide tant qu'il le peut — de poursuivre l'œuvre de notre civilisation et chercher à améliorer la moralité publique.

Je ne puis oublier que l'œuvre de la rééducation et de la réadaptation des dégénérés est née chez nous avec Itard et Pinel et que les noms des Voisin, de Séguin, de Bourneville y restent attachés. A côté de ces maîtres illustres, citons au moins Lombroso, l'une des gloires de l'Italie moderne. Cette rééducation commençait à se répandre en Europe et en Amérique, lorsque la guerre a éclaté ; notamment en Angleterre, de sérieux résultats avaient été obtenus. De même en France, malgré l'exiguïté des ressources consacrées à cette « orthophrénopédie », comme disait Thulié, ne serait-ce que l'éléva-

tion de la majorité pénale à dix-huit ans, la création des tribunaux d'enfants, les lois sur les enfants moralement abandonnés et les diverses œuvres consacrées au relèvement de l'enfance abandonnée ou coupable, les écoles, les asiles, les classes spéciales pour arriérés. Ingegnieros, en Amérique, avait combattu le bon combat, aussi bien dans son service de l'hospice national de los Mercedes que dans ses remarquables publications.

Enfin le 28 juin dernier, grâce au dévouement du D^r Salinas, ministre de la Justice et de l'Instruction publique, on inaugurerait, à Buenos Aires, un « Institut tutélaire pour enfants », très vaste établissement avec deux sections distinctes, l'une pour les enfants abandonnés, l'autre pour les prévenus mineurs (section légale). Quoique entièrement séparées, ces deux sections ont une direction unique s'inspirant des notions médicales et des expériences de l'anthropologie criminelle. La méthode de redressement employée a pour base la douceur, comme dans tous les établissements similaires modernes, aussi bien pour les uns que pour les autres ; nous savons depuis bien longtemps, depuis Maxime du Camp, le conseiller Guilloux et M. d'Haussonville, que bien souvent les jeunes vagabonds, les petits mendiants, les moralement abandonnés et même les enfants abandonnés sont plus profondément corrompus et vicieux que les sujets ayant, sous l'influence d'une circonstance particulière, commis un crime relativement grave.

Pour ces enfants tarés physiquement aussi bien que moralement et mentalement, le Gouvernement argentin a multiplié les installations hydrothérapiques, les terrains de jeu, les infirmeries les plus modernes, les ateliers et les classes les plus salubres. Ce que l'on désire obtenir, c'est l'atténuation et le redressement des tares de tous genres de ces malheureuses victimes des influences ataviques et sociales les plus délétères, de ces « fleurs de pavé » d'une grande cité. N'oublions pas qu'après Paris, Buenos Aires est la plus importante des villes latines du monde. Certes, toutes ces natures perverses ne seront point redressables au même degré et l'Institut devra forcément éliminer ceux que rien ne pourra modifier ; mais, grâce au redressement moral et

au traitement physique, les sujets faiblement atteints, les criminels légers (criminoloïdes de Lombroso) et les criminels d'occasion sortiront améliorés et prendront leur place dans la société pour remplir honnêtement leurs devoirs sociaux, et ce sera là le lot du plus grand nombre des élèves de l'Institut. Rappelons les résultats obtenus, dans des conditions infiniment moins favorables, par le conseiller Albanel, par M. Raux, directeur des prisons à Lyon, et par la colonie de Mettray, à la bonne époque.

L'infirmerie est installée comme un hôpital et un sanatorium modèle : la salle de consultation est pourvue des instruments de chirurgie et de recherches les plus modernes. On sait que chez les malheureux hôtes de ces réformatoires, les lésions physiques dues à la syphilis héréditaire et à la tuberculose sont exceptionnellement fréquentes; c'est ce que Bazin appelait autrefois la scrofule au troisième degré et ce que, dans son langage pittoresque, Ricord qualifiait de scrofulate de vérole. On sait même que, dans les milieux carcéraires, ces états morbides suivent une évolution particulièrement torpide et parfois à peine saisissable (de Napias).

Presque en même temps qu'il inaugurerait le nouvel Institut, le même ministre de la Justice et de l'Instruction publique, le D^r Salinas, créait un « registre national des récidivistes », quelque chose comme notre casier judiciaire et notre bertillonnage pour l'identification des criminels. D'après les idées du D^r Foloris Aguerra, professeur à l'Université de Madrid, l'Administration argentine accorde le principal rôle à la dactyloscopie comme méthode d'identification. Nous connaissons tous les bienfaits de cette admirable méthode qui a rendu tant de services entre les mains de Bertillon, de Locard et des administrations anglaises et hindoues. Elle a pour elle la simplicité de la technique, elle est applicable dans bien des circonstances où tous les autres procédés ne sont plus de mise, par exemple pour la vérification d'une signature sur un acte sous seing privé ou authentique, une donation, une traite ou un effet de commerce, toutes les fois que l'on possédera l'empreinte certaine du signataire ou du bénéficiaire de l'acte, et que l'on aura à sa disposition

celui qui prétend l'être. Mais cette méthode est illusoire pour les agents de la police chargés de la recherche d'un criminel. L'autorité judiciaire argentine considère comme accessoire le portrait parlé, tel n'est point l'avis de criminologistes très distingués dont j'ai pu recueillir l'opinion, car, avant tout, le but de la police répressive est d'arrêter les délinquants et surtout les plus dangereux, les récidivistes; pour cela, il faut un procédé d'identification qui permette de les reconnaître partout où l'on peut les rencontrer : telle est l'utilité du portrait parlé. Ce n'est qu'après l'arrestation et comme contre-épreuve que peuvent jouer la dactyloscopie, le bertillonnage et le très coûteux procédé de la photographie judiciaire, le moins certain des procédés d'identification des criminels, car la physionomie et l'allure changent relativement vite avec l'âge, tandis que les mensurations, les configurations anatomiques des repérés et les empreintes digitales ne se modifient pour ainsi dire pas.

Malgré les quelques observations critiques qui précèdent, admirons l'œuvre du ministre argentin, car il introduit des procédés scientifiques modernes et efficaces dans la répression de la criminalité dans un pays qui comprend une ville immense avec des bas-fonds sociaux au moins aussi dangereux que ceux de Londres, Paris, Marseille ou Naples — bas-fonds qui ont gratifié le monde du tango, cette danse inconvenante que les snobs et les détraqués ont adoptée dans le monde entier — et aussi d'immenses régions peu habitées où la surveillance est difficile. Le problème est donc, dans l'Argentine, infiniment plus complexe que dans nos localités d'Europe, et la cause pour laquelle l'autorité argentine néglige le bertillonnage et le portrait parlé n'est peut-être que l'impossibilité d'y avoir recours en dehors de Buenos Aires, à cause de la difficulté d'avoir dans les pampas et dans les petites localités des agents exercés à ces méthodes qui nécessitent un apprentissage particulier. Ne savons-nous pas que nos gendarmes et nos agents, dans les petites villes de France, n'ont que des notions assez vagues sur la « police scientifique » moderne, ce qui n'a pas été sans causer des difficultés lorsque l'on a voulu faire l'identification des nomades.

Ces créations nouvelles, dans un Etat latin que la guerre n'a point touché, sont un triomphe pour nos maîtres et nos idées : Bertillon, Lacassagne, Locard, pour la recherche des criminels; Ferrus, B.-A. Morel, Magnan, Bourneville, pour la rééducation morale des enfants et l'étude anthropologique et psychique du délinquant. N'oublions pas non plus les sénateurs Béranger, Théophile Roussel et plus récemment Strauss, qui ont continué, dans nos assemblées délibérantes, l'œuvre qu'avait si admirablement esquissée Jules Simon dans ses travaux d'économie sociale. Etudier la prophylaxie du crime afin d'en éviter la genèse, tel est le but poursuivi. Combien cela est plus grand que les personnages faux des romanciers romantiques, les Jean Valjean et les Fleur-de-Marie, première source de l'absurde doctrine du sympathique criminel, de la régénération des délinquants par « la pêche à la ligne » et la prédication de la morale, qui a empêché pendant quarante ans tout progrès de la science pénitentiaire par ses utopies qui ont encore quelques admirateurs, même en Amérique.

La lutte contre la criminalité ne peut être que la lutte contre la misère, le vice, la paresse, les intoxications ethniques et professionnelles, la prostitution, contre toutes les causes de débilitation des individus et de la race. Malheureusement, au moment précis où l'on entrevoyait la Terre Promise, où s'ébauchaient quelques timides réalisations pratiques d'un idéal immense, tout s'écroule, pour longtemps du moins, et ceux-là mêmes qui, dans leur milieu modeste ou élevé, avaient apporté une pierre à l'édifice, sont les premiers à demander l'ajournement de sa construction à des jours meilleurs. Avant de nous occuper des victimes innocentes des tares héréditaires ou ancestrales, il nous faut élever et éduquer les fils de ceux qui sont morts en défendant le sol sacré de la patrie, des glorieux mutilés désormais incapables de travail et de ceux qui ont été frappés par les pirates de la mer et de l'air, il faut reconstruire nos villes dévastées et reconstituer nos campagnes détruites.

Contentons-nous donc en ce moment d'aider de nos conseils et d'applaudir à l'œuvre ceux qui, plus heu-

reux que nous, ont le temps et l'argent nécessaire pour redresser les esprits tortus et des âmes difformes.

Que nos amis d'Italie, d'Angleterre et d'Amérique veuillent bien excuser l'auteur de cet article de ne point avoir cité ceux de leurs savants qui ont contribué aux progrès de l'anthropologie criminelle; il ne les a point oubliés, il connaît et admire leurs travaux comme il le doit. Mais à l'heure où la science française veut reprendre dans le monde la place que la « kultur boche » lui a si longtemps déniée, il n'a pu résister au devoir de dire que là, comme ailleurs, les Français ont été des précurseurs, et ce sont les noms de ces précurseurs seuls qu'il a cités, négligeant à dessein tous les continuateurs, les Français comme les étrangers, quelque grands que soient leurs mérites.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

SÉANCE DU 29 JUILLET 1918

Présidence de M. H. COLIN, président.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance de juin.

MM. Bonhomme et Hanry, membres correspondants, assistent à la séance.

Correspondance.

La correspondante manuscrite comprend :

1° Des lettres de MM. Briand et Capgras qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance ;

2° Une lettre de M. Trénel qui remercie la Société des marques de sympathie qui lui ont été adressées à l'occasion de sa blessure et de sa décoration ;

3° Une lettre de M^{me} Régis, qui remercie la Société des sentiments qui lui ont été exprimés à la mort du professeur Régis ;

4° Une lettre de M. Damaye, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre correspondant.

Mort de M. Legras.

M. LE PRÉSIDENT. — Depuis notre dernière réunion nous avons perdu un de nos plus anciens et de nos plus chers collègues, le D^r Legras.

Ancien interne des hôpitaux, élève du professeur Béhier qui lui témoignait l'affection la plus vive, le D^r Legras avait été pendant plusieurs années médecin inspecteur des asiles d'aliénés de la Seine lorsqu'il devint médecin adjoint de l'Infirmierie spéciale du Dépôt. Il succéda à Paul Garnier dans les fonctions de

médecin en chef, jusqu'au jour où l'âge le contraignit à prendre sa retraite.

Le Dr Legras faisait de la médecine générale, c'était un praticien des plus distingués et des plus actifs, mais en même temps il s'était spécialisé dans les études de psychiatrie et de médecine légale. Expert près les tribunaux, membre de la Société de Médecine légale, ancien président de la Société médico-psychologique, ancien président de la Société clinique de Médecine mentale, à la fondation de laquelle il avait pris part et qu'il affectionnait particulièrement, il avait le culte de ces Sociétés aux séances desquelles il manquait rarement d'assister, malgré les conditions défectueuses où nous étions obligés de nous réunir en raison de la rigueur de la température et des restrictions imposées par les circonstances. C'est en rentrant de la Société médico-psychologique que notre collègue a ressenti les premières atteintes de la maladie pulmonaire qui devait l'emporter.

Tous ceux, et ils sont nombreux ici, qui ont eu l'occasion de voir de près notre distingué collègue ont été à même d'apprécier sa simplicité, sa très grande modestie, son affabilité, la rectitude de son jugement, en même temps que son absolue loyauté et l'énergie qu'il apportait à défendre les quelques prérogatives qui peuvent s'attacher à notre spécialité.

Je m'honore, pour ma part, d'avoir été son interne à l'Infirmierie spéciale, et je conserve précieusement le souvenir des rapports affectueux que nous avons eus ensemble. C'est un modeste qui disparaît, resté isolé à la fin d'une longue carrière faite tout entière de peine et de travail. La chose est si rare aujourd'hui qu'elle vaut d'être signalée, et je suis certain d'être votre interprète en exprimant le regret que j'ai éprouvé, à la lecture des journaux nous apprenant en même temps la mort et les obsèques de notre collègue, de m'être trouvé dans l'impossibilité de lui apporter mon hommage le plus respectueux.

M. le Dr Legras a été président de la Société médico-psychologique : je vous propose de lever la séance en signe de deuil.

La séance est suspendue et reprise dix minutes après.

Rapports de candidature.

M. DUPAIN. — Messieurs, vous avez nommé une Commission, composée de MM. Vallon, Pactet et Dupain, rapporteur, à fin d'examiner les titres et travaux scientifiques de M. le D^r Jean Courjon qui demande à faire partie de votre Société en qualité de membre correspondant.

M. le D^r Courjon a commencé ses études médicales à la Faculté de Lyon, et il fut nommé au concours externe des hôpitaux de Lyon. Puis il vient à Paris et se présente au concours de l'internat des asiles de la Seine en 1907. Reçu le deuxième de sa promotion, il fut successivement l'interne de vos collègues MM. Toulouze, Pactet et Vallon. Entre temps il avait préparé la soutenance de sa thèse de doctorat devant la Faculté de Paris.

Nommé, au concours de 1910, médecin adjoint des asiles d'aliénés, à titre privé, M. le D^r Courjon est, depuis cette époque, médecin-directeur de l'asile privé de Meyzieux (Isère).

M. le D^r Courjon a publié des observations de « déséquilibrés orgueilleux à réactions antisociales », l'une d'elles dans les *Annales* de votre Société. Ces individus paraissent tenir une place intermédiaire entre les états normaux et les états pathologiques nettement définis. Ce qui caractérise l'état psychique de ces sujets, c'est l'instabilité et la tendance aux revendications. Hôtes habituels tantôt de la prison, tantôt de l'asile d'aliénés, ces individus seraient justiciables d'une mesure intermédiaire : l'asile spécial pour aliénés difficiles.

La thèse de doctorat de M. le D^r Courjon fut spécialement remarquée. C'est une « étude séméiologique sur les débilés moraux à réactions antisociales ». Voici quelques-unes de ses conclusions : On rencontre dans les asiles d'aliénés une catégorie spéciale d'individus, qui ont successivement passé par la maison de correction, la prison et l'asile, et qui n'ont véritablement leur place dans aucun de ces établissements. Ce sont des débilés de l'intelligence, de la volonté et du sens moral ;

ils ont une augmentation considérable de la personnalité, ils sont orgueilleux et égoïstes, ils ont une atrophie des sentiments affectueux et une absence presque complète des sentiments sociaux; ils sont paresseux, indociles, menteurs et réticents. Au point de vue social, ce sont des gens à existence compliquée; ils ont une tendance bien spéciale à former des groupes avec des individus du même genre qu'eux. Leur vie s'écoule, la plupart du temps, entre la prison et l'asile. Partout ils montrent leur caractère difficile qui les rend insupportables à tout le monde.

Leur responsabilité est diminuée du fait de leurs tares mentales: et cela parce qu'ils ont un discernement faible. Ce discernement est toutefois suffisant pour pouvoir être influencé par l'idée du châtiment.

Leur place n'est ni à l'asile ni à la prison, ils seraient justiciables d'une mesure intermédiaire: ils devraient être placés, après avis des experts, par le tribunal, dans le quartier d'asile pour aliénés difficiles. Le tribunal devrait fixer lui-même la durée du séjour. A l'expiration de la peine, un rapport médical devrait être fait sur eux, constatant s'ils sont capables d'être rendus à la société.

M. le D^r Jean Courjon est un des collaborateurs du journal *l'Enfance anormale* où sont traitées les différentes questions d'ordre pédagogique médical et administratif au sujet des enfants retardés, arriérés ou vicieux. Cette collaboration, toute naturelle, puisque l'établissement médical de Meyzieux a été fondé en 1881 par M. le D^r A. Courjon pour l'éducation et le traitement des enfants anormaux d'après la méthode de Séguin et de Bourneville.

Aujourd'hui, M. le D^r J. Courjon est médecin aide-major à la Station neurologique de Sélignat. Il a présenté à la Société de Neurologie plusieurs malades atteints de psychonévroses de guerre, étudiant plus particulièrement les réactions psychiques de ces psychonévrosiques. Il a publié, en collaboration avec M. André Thomas, un cas d'hémi-anesthésie par lésion du lobe pariétal. Il s'agit d'un syndrome sensitif cortical, type décrit par Dejerine. L'hémiplégie motrice a disparu très rapidement après la blessure, ce qui

semble confirmer la séparation de la zone corticale motrice de la zone corticale sensitive. De plus, la présence de nombreuses syncinésies, symptôme presque constant dans les hémianesthésies corticales, semble montrer que ces syncinésies sont la conséquence d'un défaut d'inhibition de l'hémisphère cérébral sur les membres qu'il commande par suite de la suppression des renseignements qui lui viennent normalement de la périphérie.

Messieurs, je vous ai donné aussi brièvement que possible un court résumé des travaux de la spécialité de notre confrère. Ancien interne des asiles de la Seine, médecin des asiles d'aliénés, chef du service de l'établissement de Meyzieux, annexé depuis une vingtaine d'années à la primitive maison d'éducation des enfants anormaux, votre Commission vous propose de nommer M. le D^r Jean Courjon, membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Conformément aux conclusions de ce rapport, M. Courjon est élu membre correspondant à l'unanimité des suffrages exprimés.

M. JUQUELIER. — Messieurs, vous avez désigné une Commission composée de MM. Briand, H. Colin et Juquelier, rapporteur, à l'effet d'examiner les titres et travaux de M. le D^r Chavigny, médecin principal de l'armée, actuellement médecin-chef d'un centre neuropsychiatrique aux armées en campagne, qui désire faire partie de la Société médico-psychologique comme membre correspondant.

Si votre Commission s'était crue obligée, pour justifier votre vote, d'énumérer la liste entière des travaux de M. Chavigny, le rapport qu'elle devrait vous soumettre serait inutilement long. Nous nous bornons à vous rappeler que M. Chavigny, médecin militaire de carrière, a été répétiteur à l'École de Lyon et a été nommé, en 1907, professeur agrégé du Val-de-Grâce, qu'il est lauréat de l'Académie de Médecine et de l'Académie des Sciences, et membre titulaire de la Société de médecine légale de France, et que la majorité des publications de ce très distingué confrère portent sur des sujets psychiatriques,

Il faut choisir, parmi celles-ci, pour dire quelques

mots des plus importants : la thèse de doctorat de M. Chavigny, consacrée au délire fébrile, a été récompensée par la Faculté de Lyon. Le traité bien connu des maladies simulées, publié en 1906, vient d'avoir, au cours de cette année, une deuxième édition. Les circonstances actuelles ont donné à ceux d'entre nous qui ont eu la bonne fortune d'être affectés, comme médecins de complément, à des emplois de leur compétence, l'occasion de se reporter aux travaux que M. Chavigny a consacrés aux états psychopathiques dans leurs rapports avec le service militaire : *Expertise psychiatrique dans l'armée* (1905), *Hystéro-traumatisme dans l'armée* (1908); *L'homosexualité dans l'armée* (1908); *La débilité mentale considérée spécialement au point de vue du service militaire* (1909); *Précocité des réactions psychiatriques dans le milieu militaire* (1909); *Le dossier des anormaux psychiques à leur passage dans l'armée* (1910); *Les tiqueurs au service militaire* (1910). Depuis le début des hostilités, M. Chavigny a fait paraître dans *Paris médical*, dans les *Annales d'hygiène publique et de médecine légale* ou dans les *Bulletins des réunions de médecins aux armées*, une série d'études qui sont la continuation de celles que nous venons d'énumérer. Citons parmi ces travaux récents : *Etudes sur les mutilations volontaires*; *Psychiatrie et médecine légale*; *Tic de la marche*; *Débiles voyageurs*; *Fugueurs aux armées* (en collaboration avec M. Laurens); *Dipsomanie, un cas d'expertise médico-légale difficile* (en collaboration avec M. Salignes). Il nous resterait à énumérer de très nombreux articles neurologiques ou ayant trait aux lésions localisées de l'encéphale.

Si l'activité scientifique de M. Chavigny a été principalement et nécessairement orientée vers la médecine légale et la psychiatrie militaire, l'auteur a cependant abordé avec autorité et compétence les problèmes moins étroitement spécialisés de la médecine mentale.

En avril 1912, M. Chavigny était l'un des rapporteurs du Congrès de Tunis : il exposait, devant l'assemblée annuelle des aliénistes et neurologistes de langue française, une intéressante étude de l'influence du paludisme sur le développement des troubles mentaux. Il insistait en particulier sur ce point que le paludisme n'est pas

un élément étiologique spécifique de certaines psychopathies ; la prédisposition constitutionnelle et l'alcoolisme s'associent fréquemment à cette infection pour provoquer l'apparition des accidents confusionnels et délirants ; et l'efficacité, dans certains cas, de la thérapeutique antipaludique ne doit pas faire négliger la lutte contre les autres causes probables des psychoses survenant chez les sujets atteints de malaria.

Dans le numéro de janvier 1918, des *Annales médico-psychologiques*, M. Chavigny a fait paraître un article qui résume et complète ses publications antérieures sur la question de l'aprosxie consécutive à certains traumatismes de guerre. Le trouble spécial de l'attention qui a été observé et décrit par M. Chavigny succède en général à un choc émotif violent, compliquant lui-même un traumatisme matériel ; il porte sur l'attention volontaire plutôt que sur l'attention spontanée et doit être distingué de la confusion mentale due à un désordre moins électif. Tous les auteurs qui ont écrit sur les troubles psychopathiques consécutifs aux accidents de guerre ont cité, avec la faveur qu'elles méritent, les études de M. Chavigny sur l'aprosxie.

A notre séance de juin, M. Chavigny a enfin communiqué une note intéressante sur l'étiologie gastro-intestinale de certaines confusions légères dont la curabilité est facile et rapide, à la condition que l'origine en soit recherchée.

Voilà donc un bel ensemble de travaux. Votre Commission est certaine de répondre à votre désir en vous proposant de faire place parmi vous à M. Chavigny. Si, comme nous l'espérons, notre collègue veut bien réserver à notre Société une part de son activité, nous lui devons de provoquer à nos séances d'intéressants débats.

M. Chavigny est élu membre correspondant à l'unanimité des votants.

Réforme des déments précoces (1).

Discussion du vœu proposé par M. Capgras.

M. H. COLIN. — L'ordre du jour appelle la discussion du vœu présenté par M. Capgras au sujet de la réforme des déments précoces. Ce vœu, que vous avez tous pu lire au verso de la convocation à notre séance d'aujourd'hui, est ainsi conçu :

« L'étiologie de la démence précoce restant très obscure et ce syndrome succédant parfois à une blessure ou à une infection de guerre, la démence précoce n'est pas exclusivement justiciable de la réforme n° 2.

« Au même titre que toute altération grave des fonctions cérébrales résultant des fatigues du service, la démence précoce confirmée ouvre des droits à une pension, quand elle est en relation avec un fait de service.

« Aussi longtemps que le diagnostic et le pronostic d'une démence précoce ne sont pas établis, une enquête minutieuse faisant néanmoins présumer qu'elle est imputable au service, on donnera une réforme temporaire n° 1 à gratification renouvelable. »

M. ARNAUD. — Je crois me souvenir que, dans la séance où a été discutée la communication de M. Capgras, plusieurs membres de la Société avaient exprimé l'avis qu'en raison des divergences profondes sur la signification du terme *démence précoce*, sur les limites et la nature même de ce syndrome, mieux vaudrait supprimer ce terme dans la rédaction du vœu qui devait vous être soumis. Or, dans le texte que nous avons sous les yeux, il est toujours et uniquement question de *démence précoce*. C'est pourquoi je tiens à présenter, contre l'emploi de ce terme, quelques objections tirées du texte même de M. Capgras.

Telle que la comprennent les auteurs allemands, la *démence précoce*, — cela n'est plus à démontrer, — englobe des états mentaux dissemblables, absolument disparates, autant par leur symptomatologie que par leur

(1) Suite et fin. V. les *Annales* de juillet, p. 110 et de septembre, p. 137.

évolution. Il me suffira de rappeler à cet égard le mot d'un des parrains de la doctrine, Bleuler, disant qu'il faut y incorporer la plupart des états que l'on a « mis sous la bannière de la santé ». Si l'esprit allemand s'accommode de cette imprécision et de ce vague de la pensée, l'esprit français ne saurait l'accepter, et c'est pourquoi les adeptes français de la *démence précoce* ont une tendance comme inconsciente à préciser la portée de la doctrine, à la rapprocher, au moins quant au pronostic, de notre démence traditionnelle. Il n'en reste pas moins que la rubrique *démence précoce* comprend des états de démence progressive et définitive, des états curables et des états susceptibles d'amélioration plus ou moins grande. Par conséquent, le pronostic d'une affection ainsi comprise ne saurait être nécessairement lié à son diagnostic, comme semble l'admettre le troisième paragraphe du vœu proposé. A supposer que le diagnostic soit établi, le pronostic, pour les raisons que je viens de rappeler, restera nécessairement en suspens pendant un temps fort long. Et cependant le pronostic est la notion essentielle, en matière de pension, question d'ordre pratique beaucoup plus que d'ordre théorique. Ce qui importe, c'est l'avenir du malade atteint d'une maladie imputable au service ; ce n'est pas, ou c'est beaucoup moins, l'étiquette qui convient à cette maladie.

D'autre part, on ne peut méconnaître que l'expression *démence précoce* est passée dans le vocabulaire des aliénistes et des neurologistes ; qu'on l'a employée, à tort ou à raison, assez fréquemment, et que l'on continuera à l'appliquer, faute de mieux, par habitude et quoi que nous disions ici, à des malades que l'on ne croit pas pouvoir ranger dans une autre catégorie. C'est là un fait dont il nous faut tenir compte. Il me semble que nous pourrions, tout en indiquant nos réserves doctrinales, aboutir à un résultat pratique, en modifiant le texte de M. Capgras par l'adjonction ou la substitution des mots « troubles mentaux disparates » à l'expression *démence précoce*. Quant aux mesures proposées par M. Capgras et que nous approuvons tous, il ne serait rien changé au projet de vœu. Voici donc le texte que je propose :

« Les troubles mentaux disparates, rangés par beaucoup d'aliénistes sous la rubrique *démence précoce*, ayant une étiologie très obscure et succédant parfois à une blessure ou à une infection de guerre, ces troubles ne sont pas exclusivement justiciables de la réforme n° 2.

« Au même titre que toute autre altération grave des fonctions cérébrales résultant des fatigues du service, ces troubles mentaux confirmés ouvrent des droits à une pension, quand ils sont en relation avec un fait de service.

« Aussi longtemps que le diagnostic et le pronostic de ces troubles mentaux ne sont pas établis, une enquête minutieuse faisant néanmoins présumer qu'ils sont imputables au service, on donnera une réforme n° 1 à gratification renouvelable. »

M. VIGOUROUX. — Comme le rappelle M. Arnaud, j'avais indiqué, à notre dernière séance, qu'avant toute discussion du vœu lui-même nous devrions probablement nous entendre sur l'expression « *démence précoce*. »

M. COLIN. — Ainsi que je l'ai rappelé à l'une de nos précédentes séances, j'ai déjà proposé que l'expression *démence précoce* soit remplacée par *hébéphrénie*, ou *affaiblissement intellectuel*. Elle est d'un emploi dangereux. Je rappelle encore les confusions prolongées, qualifiées *démence précoce*, et qui guérissent.

M. VALLON. — Étant donnée la signification que les aliénistes français attribuent au mot *démence*, il est indiscutable que l'emploi du terme *démence précoce* risque d'être la source de nombreuses équivoques.

M. JUQUELIER. — Il n'est peut-être pas opportun que la Société s'engage dans une discussion sur la *démence précoce* : en fait, le diagnostic de *démence précoce* est porté par un certain nombre de médecins et figure au dossier de militaires en instance de réforme. M. Capgras nous a montré que trop souvent la réforme n° 2 est la conséquence de ce diagnostic, en dépit d'antécédents militaires indiscutables : c'est cette tendance que nous voulons dénoncer. Dans ces conditions, il est indispensable que l'expression *démence précoce* figure dans notre rédaction.

M. VALLON. — Mais on peut, comme le propose M. Arnaud, la faire précéder d'une mention qui en souligne l'imprécision.

M. MIGNOT. — M. Capgras a indiqué lui-même qu'il serait préférable de substituer le mot *aliénation mentale* à celui de *démence précoce*.

Si j'en juge d'après ce qui se passe dans mon service où, depuis le début de la guerre, j'ai présenté plusieurs centaines de malades pour la réforme, les conclusions auxquelles aboutissent les Commissions de réforme se sont modifiées un peu et à mesure que la guerre se prolongeait.

Au début, et pendant longtemps, les aliénés étaient systématiquement réformés n° 2 quelle que fût l'opinion du médecin traitant. Plus tard, quand les propositions furent examinées par des psychiatres de carrière, les réformes n° 1 devinrent nombreuses. Actuellement, j'ai l'impression que les Commissions sont moins influencées par l'étiquette que nous attachons au malade que par ses antécédents militaires et les services rendus.

Cette manière de voir me paraît légitimée par l'insuffisance de nos connaissances dans l'étiologie des maladies mentales. Pour ma part, quel que soit le diagnostic, je propose pour la réforme n° 1 les militaires devenus aliénés chroniques qui n'ont pas d'antécédents personnels vésaniques et qui ont subi l'action morbifique des circonstances de guerre.

L'autorité militaire va même beaucoup plus loin dans ce sens. Malgré tout, influencé par des considérations d'école, j'avais cru devoir établir une distinction entre les sujets prédisposés et ceux qui l'étaient moins ou pas : le pourcentage de l'indemnité de pension devant être plus faible pour les uns que pour les autres.

Le Conseil supérieur des réformes n'a pas admis cette distinction ; il considère que le pourcentage doit être égal, que la prédisposition existe ou non, du moment que le militaire en cause a pris part aux opérations de guerre et que celles-ci ont joué un rôle étiologique.

M. ROUBINOVITCH. — Rien ne s'oppose en effet à ce que nous généralisions le débat dans le sens qu'indique M. Mignot, d'après M. Capgras. Quand des accidents psychopathiques quels qu'ils soient ont nettement suc-

cédé aux fatigues de la campagne et que le pronostic en est défavorable, c'est la réforme n° 1 qui s'impose.

M. ARNAUD. — Ce serait sortir de la question à propos de laquelle cette discussion est née; mais ce peut être le sujet d'un autre débat. Pour le moment, nous devons exprimer l'opinion que la démence précoce n'entraîne pas fatalement la réforme n° 2.

M. VIGOUROUX. — Il faudrait d'ailleurs pour chaque syndrome, ou chaque affection mentale, apporter des observations à l'appui de notre opinion. Pour ma part, je serais heureux de connaître des cas de délire systématisé de persécution imputables aux fatigues ou aux accidents de guerre. Je ne dis pas qu'il n'en existe pas. Je voudrais seulement qu'ils nous fussent soumis.

M. PACTET. — En définitive, la rédaction de M. Arnaud répond aux deux tendances actuellement exprimées : celle qui discute la valeur du terme « démence précoce » lui-même, et celle qui a incité la Société à faire suivre d'un vœu la communication de M. Capgras.

M. COLIN. — Je mets donc aux voix l'adoption du texte de M. Arnaud, qui modifie légèrement celui de M. Capgras.

M. IWOFF. — M. Arnaud croit-il nécessaire de qualifier de disparates les accidents décrits sous la rubrique de démence précoce?

M. ARNAUD. — Je crois en effet que c'est un de leurs caractères essentiels.

Le texte de M. Arnaud est adopté.

Un cas de syndrome paralytique à trypanosomes [Présentation du malade] (1),

Par MM. H. COLIN et R. MOURGUE.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — *Père*, décédé à soixante-dix ans, aurait présenté de l'affaiblissement intellectuel avec hémiplegie. Un *oncle paternel* aurait présenté des troubles mentaux.

(1) Nous ne rapporterons ici qu'une observation extrêmement résumée. Une étude complète sur ce cas paraîtra lorsque les circonstances le permettront.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — En 1905, étant au Congo, à l'intérieur, dans la Haute-Sangha, affluent du Congo, sur les rives duquel, d'après MM. Laveran et Mesnil, l'endémie règne avec intensité, il est piqué par la *Glossina palpalis* à la cuisse gauche; un large cercle rouge s'y était développé. Le malade n'attacha aucune importance à cette piqure. Au bout de trois ans, revient en France, y reste six mois, puis retourne au Congo. Peu après (en 1912), les ganglions inguinaux se tuméfient, plaques érythémateuses sur tout le corps, mais particulièrement sur le thorax. Pas de malaises généraux très marqués. Voici d'ailleurs les symptômes décrits par M. le D^r Ouzilleau dans un certificat de maladie que nous avons eu en mains : « La trypanosomiasse a été diagnostiquée à Bozegui, le 15 octobre 1912, par l'adénite cervicale bilatérale très développée, l'exanthème en marbrures caractéristiques et l'examen positif du suc ganglionnaire (nombreux trypanosomes). M. B... montrait encore une affection du fond de l'œil gauche (décollement de la rétine), qui devait être sous la dépendance de la trypanosomiasse, et de l'irido-choroïdite à droite, probablement de même origine. » (1) Sur les conseils du D^r Ouzilleau, M. B... quitta le Congo et arriva à Paris en juin 1914. A ce moment, M. B... avait des accès de fièvre, fréquents et violents, mais de courte durée, ainsi qu'une céphalée atroce. Sans médication, ces accès de fièvre allèrent en s'atténuant, et en juin 1915, M. B... se sent assez bien pour se marier. Pendant sept à huit mois sa santé est, en apparence, très bonne, les accès de fièvre avaient complètement disparu. Jusqu'au mois de novembre 1915, d'après ce que nous dit sa femme, qui est très affirmative sur ce point, il ne semble pas qu'il ait manifesté de troubles psychiques perceptibles pour l'entourage familial. En décembre 1915, pour la première fois, apparaissent les crises de *narcolepsie*. On le garde à domicile, dans cet état, durant deux mois. En février 1916, il devient de plus en plus somnolent; on l'amène alors à l'Institut Pasteur, à la consultation de M. Darré, qui lui fit deux ou trois piqures d'atoxyl, puis, exclusivement, de l'émétique. A la suite de ce traitement et au bout d'un mois environ, il était revenu à un état en apparence normal. Pendant deux ans, il a reçu, tous les cinq jours, à l'Institut Pasteur, une injection d'atoxyl. Remarquons que les crises de *narcolepsie*, qui cependant ont donné son nom à la maladie, n'ont pas duré plus de trois mois, grâce au traitement énergique institué aussitôt. En juillet 1917, survient le premier ictus. Sans prodromes, un matin, perte de connaissance

(1) Fait à Dongou (Moyen Congo), le 30 novembre 1913.

brusque avec chute. Le 15 août 1917, crises épileptiformes, avec état de confusion mentale consécutif. Deux crises subintrantes dans la même soirée. Un de nous le vit à son domicile, le lendemain; il avait le côté gauche parésié, un embarras de la parole considérable. Visage congestionné, carphologie. Pas de troubles pupillaires. A la suite de ces ictus, affaiblissement intellectuel qui est allé en s'accroissant; amnésie, erreurs fréquentes dans ses calculs (il tenait une maison de commerce, peu importante d'ailleurs). On continue les piqûres d'atoxyl. Le 28 mars 1918, plusieurs crises épileptiformes, dont l'une aurait duré toute la nuit. Pas de perte de connaissance. Etat confusionnel, écholalie, paraphasie. Le 2 avril, il entre à l'hôpital Pasteur, où on lui fait des injections d'émétique. L'état confusionnel aigu se dissipe peu à peu. L'affaiblissement intellectuel allant en progressant et tout espoir thérapeutique étant désormais interdit, le malade est mis, sur notre conseil, en placement volontaire, à l'asile de Villejuif, le 26 mai 1918. N'ayant pas revu le malade depuis un certain temps (un peu plus de deux mois), nous fûmes frappé par son aspect cachectique; ici, comme dans la paralysie générale, les ictus sont suivis d'amaigrissement rapide. Nous rapporterons tout d'abord le résultat de nos investigations au point de vue somatique; nous passerons ensuite à l'état mental. Au point de vue des réflexes : Babinski à gauche (côté parésié en août dernier). Exagération considérable du réflexe patellaire. Parésie considérable des membres inférieurs. Abolition du réflexe oculo-cardiaque. Au point de vue oculaire : réflexe pupillaire à la lumière, normal à droite. C'est là un fait à peu près constant au cours du syndrome paralytique à trypanosomes et qui le différencie de la paralysie générale ordinaire. Amaurose de l'œil gauche. Dysarthrie aux mots d'épreuve. Tremblements de la langue (tremblement en masse et secousses fibrillaires). Tremblements de l'extrémité des doigts; prédominant du côté gauche (côté parésié). L'écriture, dont voici un spécimen, ne diffère en rien de celle d'un paralytique général.

Le malade présente de l'hypotension (minima : 5 1/2 au Pachon). Raie de Sergent. La ponction lombaire, pratiquée à un moment où le malade était dans un état de somnolence et à quelques jours d'un grave ictus, nous a donné les résultats suivants (après deux heures et demie de centrifugation) :

Couleur : Eau de roche. Pas d'hypertension. Réaction de Nonne-Apelt : positive.

Albumine : plus de deux divisions et demie de l'albuminimètre de Sicard, c'est-à-dire plus de 0 gr. 48 par litre et un peu moins de 0 gr. 56 (la normale est 0 gr. 22).

Lymphocytose : confluyente; jusqu'à 31 lymphos par champ

d'immersion. Grosses cellules mûriformes de Mott. Sur une préparation, 3 trypanosomes sont très nettement visibles avec leur flagelle et leur membrane ondulante; sur une autre : un trypanosome. Quelques grands monos, quelques rares cellules endothéliales. *Wassermann* (pratiquée à l'Institut Pasteur) : négatif. *Sang* : pas de trypanosomes (1), ce qui est la règle à ce stade de la maladie.

Au point de vue psychique, ce qui caractérise notre sujet, c'est un affaiblissement global et rapidement progressif des fonctions intellectuelles avec la conservation à peu près complète de certaines fonctions affectives.

Tout d'abord la *mémoire* est fortement diminuée, aussi bien au point de vue de l'évocation des souvenirs que de leur fixation. Il ne peut donner aucune précision sur ses voyages aux colonies. Il ne peut dire l'année, ni le mois, ni la date à laquelle a commencé la guerre. Troubles *ecmnésiques*. Il lui arrive même de se tromper sur la date de sa naissance; il ne nous a répondu qu'une seule fois de façon exacte. Ces troubles de la mémoire, qui rappellent par leur énormité et leur précocité ceux du syndrome de Korsakoff (Mott), ont suivi l'évolution générale de la maladie, c'est-à-dire qu'en deux mois, période durant laquelle nous avons suivi jour par jour le malade, l'amnésie a fait des progrès de plus en plus rapides.

La capacité de *travail mental* est également, chez notre malade, abaissée au minimum.

L'*euphorie* du malade ne diffère en rien de celle des paralytiques généraux que nous avons l'habitude de voir : « Je me sens parfaitement bien, dit-il; je sens que ça ira de mieux en mieux. » Aucune idée délirante de richesse ou de grandeur; cette euphorie n'est pas continue; le malade éprouve, en effet, fréquemment, une sensation pénible de faim. Très souvent dans la journée il demande à manger. « Autrefois, nous dit-il, je mangeais petitement, j'étais un petit mangeur; maintenant, j'ai faim à peu près tout le temps... j'ai un appétit formidable... j'ai faim, je mangerais des bâtons de chaise. » Cette boulimie, d'observation banale chez les paralytiques généraux, est, paraît-il, un symptôme constant chez les noirs trypanosomés (G. Martin et Ringenbach). Les *sentiments affectifs familiaux* sont parfaitement conservés chez notre malade; mais nous devons faire remarquer que cette conservation de l'affectivité s'accompagne d'un peu de *puérilisme*. Au point de vue du

(1) L'examen complet du sang a été pratiqué par M. le professeur Sabrazès, de Bordeaux, auquel nous adressons nos vifs remerciements. Il sera publié ultérieurement.

comportement, on a observé, durant le premiers mois, une turbulence continuelle.

Cependant, un mois environ après son entrée à Villejuif, cette turbulence a fait place peu à peu à un état d'assoupissement progressif. En même temps, gâtisme et incontinence d'urine. Perte rapide de poids. A ce moment, ponction lombaire (7 juillet 1918), car il semble établi que les crises de narcolepsie coïncident avec une pullulation des trypanosomes dans le liquide céphalo-rachidien. Ce phénomène coïncidait également avec l'imminence d'un ictus, car le 17 juillet, à 14 h. 20 de l'après-midi, se produisit une crise épileptiforme. Durant le même après-midi : cinq crises subintrantes semblables. Le lendemain matin (18 juillet), une autre crise épileptiforme. Le 19 juillet au matin, état confusionnel profond, ainsi que dysarthrie considérable. Depuis, l'affaiblissement intellectuel est allé en s'accroissant ; le malade est devenu, d'autre part, extrêmement irritable, sans motifs apparents.

Nous relèverons dans cette observation tout d'abord l'existence d'antécédents héréditaires cérébraux organiques comme cela est si fréquent dans la paralysie générale. La durée de l'incubation des accidents cérébraux à partir de l'infection initiale (1905) a été d'une dizaine d'années (première crise de narcolepsie en décembre 1915), comme c'est aussi le cas pour la paralysie générale. Quant à la durée de l'incubation des accidents cutanés et ganglionnaires traduisant l'infection générale, elle fut de sept ans environ. Il n'y a là rien d'anormal, si nous nous reportons à certains cas publiés. Remarquons toutefois que c'est à la *paralysie générale galopante* qu'il faut surtout comparer les accidents cérébraux de la maladie du sommeil. Un an à peine a suffi pour amener le malade au stade ultime de la maladie. Depuis l'emploi des arsenicaux organiques, en particulier de l'atoxyl, l'état de léthargie prolongée qui marquait presque invariablement la fin des cas non traités existe à peine à présent, on est même complètement absent. C'est le cas du malade que nous présentons. Mott n'hésite pas à mettre sur le compte indirect des composés organiques l'évolution progressive des lésions du système nerveux : « Il semble, dit-il, que, à cause de la prolongation de la maladie par le traitement, les lésions du système nerveux ont le temps de devenir de plus en plus prononcées et même de tuer le

malade, bien que tous les trypanosomes aient été éliminés du système nerveux (1) ». Autrement dit, comme dans la parasymphilie, le traitement spécifique n'a aucune prise sur l'évolution des lésions cérébrales.

DISCUSSION

M. VIGOUROUX. — Les auteurs ont-ils relevé dans la littérature des accidents nerveux de la tripanosomiase, des cas de tabes ?

M. MOURGUE. — Non, mais seulement des cas de myélite.

M. VIGOUROUX. — J'ai observé un cas de syndrome tabétique au début, que le traitement arsenical a beaucoup amélioré.

Fibrome de l'acoustique unilatéral avec hypertension intracranienne et amaurose chez un aliéné atteint de psychose hallucinatoire subaiguë,

Par M. BRUTSAERT, médecin en chef de l'asile d'Ypres.
(Présenté par M. VIGOUROUX.)

L'observation que nous vous apportons concerne un soldat belge âgé de trente-cinq ans et mort à l'asile de Vacluse.

Ses antécédents héréditaires nous sont inconnus, et de ses antécédents personnels nous ne savons rien, si ce n'est qu'en août 1914 il était bien portant et qu'il put faire la première partie de la campagne sur l'Yser pendant près de quinze mois.

Le 18 mai 1916, Eck... (François) est transféré d'un hôpital de la zone des armées au Centre de psychiatrie du Val-de-Grâce. Là le Dr Briand établit le certificat suivant :
« *Délire mélancolique, dépression, état voisin de la stupeur, idées très actives de suicide.* »

Evacué dans le service du Dr Mignot, à Saint-Maurice, celui-ci porte le diagnostic de « *Tumeur cérébrale avec cécité; réactions mélancoliques et tentatives récentes de suicide.* »

Eck... entre dans le service des aliénés belges de Vacluse, le 20 février 1917.

A son entrée, il présente des signes physiques de tumeur

(1) F. W. Mott. The comparative neuropathology of trypanosome and spirochaete infections. *Archives of neurol. and psych.* vol. V, 1911, p. 17.

cérébrale et des troubles mentaux complexes où dominent les idées de persécution basées sur les hallucinations.

La cécité est complète; les réflexes pupillaires sont abolis, la céphalée diffuse, très intense, lui arrache des plaintes continues et l'empêche de dormir. Il ne présente pas de somnolence et n'a jamais eu de vomissement. La ponction lombaire montre une hypertension énorme du liquide céphalo-rachidien. La pression dépasse la graduation du manomètre du D^r Henri Claude.

Les réflexes tendineux et peauciers sont normaux. Il n'existe pas de troubles moteurs, pas de troubles de l'équilibre, pas de vertige. Le malade va seul aux cabinets en se guidant sur les barres des lits, sans que sa démarche attire l'attention. Il ne présente ni tremblement, ni ataxie, ni dysmétrie.

L'audition est légèrement diminuée, il est nécessaire de parler haut pour se faire entendre.

Au point de vue mental, il est à la fois déprimé et persécuté. Les idées de persécution sont sous la dépendance d'hallucinations de tous les sens et principalement de l'ouïe. Il se plaint de recevoir des effluves électriques, de ressentir de mauvaises odeurs et surtout d'entendre constamment des injures et des insultes. Il refuse parfois de manger par crainte d'être empoisonné et au début il dut, à plusieurs reprises, être nourri à la sonde. Par la suite, il se montra toujours très défiant, reniflant longtemps ses aliments avant de les porter à sa bouche.

Cet état mental et physique se maintient sans grande modification jusqu'en août 1917, époque où Eck... présente sa première attaque épileptiforme. Depuis ce moment, les attaques survinrent fréquemment toutes les trois semaines environ, toujours précédées par une exaspération de la céphalée et suivies d'un affaiblissement physique plus prononcé. Progressivement, il devint gâteux et cachectique.

Il resta très halluciné, répondant toujours aux voix qu'il entendait et manifestant des idées de persécution. Quelques semaines avant sa mort apparurent des idées de grandeur, car il déclara qu'il était Dieu. Dès lors, l'intelligence s'affaiblit rapidement. Il mourut le 5 février 1918.

L'autopsie montre l'existence d'un fibrome de l'acoustique et une hypertension du liquide céphalo-rachidien qui avait dilaté les ventricules cérébraux. Le chiasme des nerfs optiques était comprimé par l'extrémité inférieure du troisième ventricule qui formait une tumeur de la grosseur d'une noix par le fait du liquide accumulé à cet endroit.

L'encéphale enlevé et placé sur sa convexité, on voit une tumeur de la grosseur d'une mandarine bosselée et dure qui repose sur la face inférieure de l'hémisphère gauche du cervelet.

Elle a imprimé sa place en formant une large cuvette qui a repoussé la substance grise du cervelet sans pénétrer en elle.

La dépression s'étend sur le lobe digastrique, sur le lobe grêle et s'étend en arrière jusqu'à la périphérie du lobe semi-lunaire gauche.

En dedans elle comprime l'olive bulbaire et repose sur les racines des nerfs des 10^e, 11^e et 12^e paires. En avant, elle atteint le sillon bulbo-protubérantiel et refoule légèrement les pédoncules cérébelleux moyens. Quand on la retire, on se rend compte qu'elle adhère très peu au tissu cérébelleux sous-jacent par du tissu conjonctif lâche, et on constate qu'elle est maintenue par un cordon nerveux qui, partant du sillon rétro-olivaire, se perd dans sa masse. Le cordon nerveux correspond à la racine de la 8^e paire.

Des coupes histologiques pratiquées dans la tumeur montrent qu'elle est constituée par du fibrome.

Des coupes faites dans le cervelet au niveau de la dépression mettent en évidence que le tissu cérébelleux est repoussé et n'a pas été pénétré par la lumière.

Enfin l'examen histologique du cerveau ne révèle aucune lésion interstitielle ou parenchymateuse importante.

Cette observation doit être rapprochée de celle que Vigouroux a présentée à la Société de médecine mentale, le 10 juin 1910, avec MM. Pactet et Bourilhet. Il s'agissait d'un malade paralytique général, sourd depuis plus de quinze ans, ayant présenté un ictère, de l'hémi-parésie droite avec clonus du pied, et qui a succombé à la suite de troubles de la déglutition, de la respiration et de la circulation. L'autopsie révéla la présence de deux fibromes symétriques des acoustiques et d'un endothélium de la région bulbaire.

Dans le cas actuel, l'évolution de la tumeur paraît avoir été beaucoup plus rapide et ses symptômes très différents. Elle a provoqué le syndrome de l'hypertension intracérébrale, céphalée, amaurose, ictus épileptiforme, sans donner lieu à aucun signe de localisation cérébelleuse ni à aucun symptôme d'irritation des nerfs des 9^e, 10^e et 11^e paires comprimés par la tumeur. La diminution de l'acuité auditive était à peine marquée et il n'y avait aucun vertige. Nous notons également l'absence de vomissement et de somnolence.

Au point de vue mental, il est intéressant de constater l'évolution rapide des troubles psychiques : la dépres-

sion mélancolique avec idées de suicide, ayant fait place aux idées de persécution basées sur des hallucinations de la sensibilité générale de l'odorat et surtout de l'ouïe, puis aux idées de grandeur et à la démence.

La séance est levée à six heures.

Le secrétaire des séances,

P. JUQUELIER.

BIBLIOGRAPHIE

La psychologie du soldat, par les D^{rs} Huot et Voivenel, médecins aux armées. 1 vol. in-18. Paris, La Renaissance du livre, 1918.

Ce livre est d'ampleur modeste; mais on peut dire avec vérité, par analogie, que ses pages doivent, *non numerandæ sed ponderandæ*, car toutes sont instructives, et s'il ne fallait pas craindre d'employer pour elles un mot un peu banal, suggestives. Elles sont bien faites, en tout cas, pour intéresser spécialement des aliénistes, qui sont tous psychologues. Elles ouvrent des vues profondes sur l'état d'esprit de nos admirables soldats pendant la grande guerre.

Ses auteurs n'ont pas besoin d'être présentés. Ils sont excellemment connus des lecteurs des *Annales* par leurs œuvres précédentes sur *Le courage* et *Le cafard*.

En fins observateurs, ils ont étudié la psychologie, la mentalité du soldat, non pas de ce soldat qu'est le militaire de profession, mais du soldat de la grande guerre. Admirable matière à mettre, sinon en vers latins (hélas! on n'en fait plus), du moins et plutôt en belle langue française comme la leur.

L'ignoble ruée allemande obligea tout le peuple français à se précipiter en masse, sans distinction de groupements sociaux, pour faire obstacle à l'envahisseur. Ceux qu'on nomme les aristocrates (mot qui bientôt sera tout à fait en désuétude), ceux qui forment le clergé, les intellectuels, les bourgeois, les ouvriers, les paysans, tous répondirent sans hésiter à l'appel qu'ils avaient entendu, et aussitôt, tous confondus ensemble, coude à coude, ils ne firent qu'un dans l'accomplissement du devoir.

C'est à examiner la manière dont se comportèrent individuellement les membres de chacun de ces groupes que sont consacrés les premiers chapitres de l'ouvrage. Que devint, dans cet amalgame, la mentalité habituelle de chacun d'eux et quelle influence réciproque eurent-ils les uns sur les autres?

En fait, au début, il semble bien que cette influence ait été nulle; il n'y avait qu'une chose à faire : arrêter l'ennemi.

Plus tard, lorsque celui-ci eut été obligé de se terrer dans les tranchées et que nos soldats durent faire comme lui, il y eut une vie commune dans laquelle une prépondérance était susceptible de s'exercer.

Au dire de nos auteurs, ce furent les hommes de moindre éducation qui imposèrent leur mentalité aux autres, et les constatations sur lesquelles ils s'appuient sont vraiment bien intéressantes.

Faut-il s'étonner qu'il en ait été ainsi? Non, certes; car notre éducation, notre culture, la bonne culture française, ne sont pas l'œuvre d'un moment; il y faut une longue préparation, une formation progressive. Et, par contre, il faut bien reconnaître que notre nature est portée spontanément à revenir en arrière et à perdre les principes d'élévation qu'elle avait pu acquérir.

C'est pourquoi ce furent les moins cultivés qui imposèrent leur mentalité à leurs compagnons d'armes, et il en résulta dans l'ensemble une marque de trivialité.

Mais qu'importe cette trivialité. Elle ne nuit ni au courage, ni au dévouement, ni à l'abnégation, ni au sacrifice, et, quels qu'ils fussent, ceux qui se donnèrent à eux-mêmes la qualification, précisément un peu triviale; de poilus, firent, en général, merveilleusement leur devoir.

Après avoir examiné séparément les catégories d'individus, nos auteurs les ont suivis dans leur ensemble pendant les différentes phases de la guerre, phases résumées en quatre périodes, à savoir : période de début, jusqu'à la Marne; première période des tranchées, deuxième période des tranchées, troisième période des tranchées; et de l'une à l'autre, l'évolution de la mentalité de nos soldats offrit des variantes vraiment bien intéressantes.

Au début, ce fut, non l'enthousiasme proprement dit, mais l'exaltation, l'empressement, mais l'abnégation, l'esprit de sacrifice et la volonté de tenir. Il y eut assurément des défaillances et des erreurs; cela est le propre de la nature humaine. Mais dans leur ensemble, nos troupes furent héroïques, d'un héroïsme que nous connaissons mal encore, que nous n'apprenons que peu à peu à connaître, et qui eut son expression la plus haute et la plus merveilleuse dans la victoire de la Marne.

Dans la première période des tranchées, l'exaltation vibre encore; elle se manifeste particulièrement par l'épanouissement du sentiment religieux, qui est le fond de notre nature. Toutefois, la vie monotone, inconfortable, pénible, que nos soldats

sont obligés de mener dans ces tranchées boueuses et froides, les porte insensiblement à négliger même les éléments les plus indispensables du bien-être, comme la propreté et la bonne tenue, et qui, suivant l'expression de nos auteurs, les conduit à l'hirsutisme, cette vie, disons-nous, les amène à se replier sur eux-mêmes et diminue l'exaltation ; mais celle-ci fait place à une volonté plus froide de la résistance, qui n'empêche ni le dévouement ni les manifestations du courage ; et dans l'ensemble, le moral est bon.

Peu à peu, d'ailleurs, on se ressaisit, et, s'il est possible de s'exprimer ainsi, on s'organise dans la guerre. La vie, dans son ensemble, tend à se rapprocher de la vie normale, et c'est dans cette évolution que se déroulent la deuxième et la troisième période des tranchées.

Ce qui ressort particulièrement de la lecture des intéressants chapitres consacrés à ces périodes, c'est que nos soldats eurent en quelque sorte une mentalité double ; d'après l'une, ils restèrent ce que leur nature habituelle les avait faits ; d'après l'autre, qu'il faut admirer hautement, ils s'adaptèrent aux exigences de la situation et ils surent noblement remplir la haute mission qui leur était confiée. En dehors de la lutte, ils restaient des hommes ; au combat, ils étaient tous les défenseurs de la France, et c'est alors que s'effaçaient toutes les distinctions de castes, d'éducation, d'origine et de tendances. « La bataille, disent nos auteurs, les fond en un bloc unique, alors qu'en dehors d'elle ils auraient eu de la tendance à se dissocier. Et l'on arrive à cette constatation que le soldat n'est vraiment soldat que par le danger et par le sacrifice. »

L'étude psychologique du soldat ainsi faite s'arrête à la fin de la période des tranchées. Que pourra-t-elle être ensuite ? Nous souhaitons que nos auteurs puissent la poursuivre, et nous montrer nos soldats transformés par la guerre de mouvement, par les succès, par la victoire enfin, dont plus que jamais nous voyons la lumière s'éclairer à nos yeux.

Le livre se termine par des considérations sur la mentalité du soldat par rapport à la mort, à la gaieté, à l'amour. Avant la bataille, le soldat pense à la mort ; pendant l'action, il l'oublie et ne pense plus qu'à son but. « Il n'est ému par la mort, nous dit-on de manière expressive, que lorsqu'il la voit avec ses yeux de civil. » Malgré la tristesse, malgré l'horreur des spectacles qu'ils avaient sous les yeux, nos soldats n'étaient pas étrangers à la gaieté, mais en général, c'était une gaieté un peu grosse, et

rien ne pouvait mieux les épanouir qu'une bonne nourriture et du repos. Quant à ce qui est de l'amour, dans les tranchées du moins, ils n'y pensaient guère, voire même, en général, ils n'y pensaient pas du tout. Et dans les cantonnements, alors même que Vénus s'offrait à eux, ils ne couraient pas après elle et cherchaient avant tout le repos et le réconfort.

Faut-il croire qu'après cette grande guerre, ces hommes qui ont vécu intimement ensemble, qui ont souffert ensemble, qui ont lutté côte à côte, se dissocieront et reviendront dare dare à leur mentalité d'avant-guerre? C'est possible. Nos auteurs le croient et c'est par là qu'ils concluent. Cependant, avec eux encore, nous voulons espérer que de cette vie il leur restera quelque chose, et qu'une estime réciproque, avivée par le souvenir des souffrances communes, développera en eux une confraternité dont ils avaient naguère trop de tendance à se départir.

Tout ce que nous venons de dire n'est qu'un raccourci de la nouvelle œuvre de MM. Huot et Voivenel. Qu'il nous soit permis de penser que nous sommes parvenus à en indiquer l'intérêt. Cet intérêt est grand, et nous avons été par lui profondément captivé. Nous avons confiance qu'il en sera de même pour tous ceux qui la liront.

VICTOR PARANT père.

Contributo alle osservazioni dei caratteri antropo-psicologici dei militari delinquenti con speciale riguardo al delinquente occasionale (Contribution à l'observation des caractères anthropo-psychologiques des militaires délinquants spécialement par rapport aux criminels d'occasion); par le D^r G. Funaioli. Travail de l'Institut de médecine légale de l'Université de Rome, Roma, tipografia E. Voghera, 1914.

Travail antérieur à la guerre, dans lequel le distingué psychiatre de l'armée italienne montre toutes les différences qui séparent dans l'armée le criminel par constitution du délinquant d'occasion. Chez ces derniers, l'état physique et l'état mental sont tous deux normaux ou à peine subnormaux. Les facultés morales sont conservées; à peine trouve-t-on un peu d'émotivité exagérée. Souvent, c'est au manque d'éducation morale qu'est dû le délit, et enfin le délit lui-même date du début de la vie militaire et s'explique par des raisons logiques: ivresse légère,

état d'émotivité dû à une circonstance particulière; le délit est purement militaire (refus d'obéissance, désertion). Rarement il relève du droit commun. Ces sujets sont très facilement amenable.

Je ferai cependant remarquer à notre distingué confrère (oh! bien gentiment. car même en France nous avons bien souvent commis le même péché) qu'il attribue à Kraepelin l'étude de l'influence de la moindre quantité d'alcool, même de vin, sur la genèse du délit, ce qui a été signalé, bien longtemps avant que l'Ecole d'Heidelberg-Munich s'en occupât, en France, par Morel, Magnan et Paul Garnier, et en Italie par Lombroso, qui tenait cette remarque de ses maîtres mêmes.

Un point où je me sépare absolument de Funaioli, c'est lorsqu'il dit qu'à l'intérieur de la prison la conduite des délinquants d'habitude est en général moins bonne que celle des criminels d'occasion. Les vieux « chevaux de retour », privés d'alcool et de femmes, sont souvent les meilleurs détenus pour le personnel de surveillance.

On remarquera que ce travail de Funaioli porte sur 21 condamnés, dont 18 occasionnels et 3 constitutionnels. Ces chiffres corroborent bien les idées que nous professons en France et qui, en Italie, se répandent de plus en plus. Le criminel par constitution est l'exception relativement rare, sauf dans la catégorie très spéciale des « habitués des prisons ».

L. WAHL.

Saggi di pedagogia emendativo militare (Essai de pédagogie éméndative militaire; par le Dr G. Funaioli, extrait du *Giornale di medicina militari*, 1912, 6 pages. Rome, imprimerie Voghera, 1912.

Très courte brochure, dans laquelle l'auteur résume ce que doit être l'éducation militaire des individus faiblement tarés que l'armée doit conserver et améliorer dans des unités spéciales. Ce programme se rapproche beaucoup et est presque identique à celui que l'on a préconisé pour les anormaux dits d'école : éducation par les jeux réglés et la gymnastique, éducation par l'exemple moralisateur, par l'enseignement purement scolaire. Pour que ces corps spéciaux puissent être réellement utiles, il faudrait que, dans les écoles militaires, on créât une chaire de pédagogie scientifique confiée à un psychiatre anthropologue.

Il reste d'ailleurs entendu que les criminels nés, les récidivistes précoces et les dégénérés inférieurs non améliorables doivent être exclus de l'armée.

L. WAHL.

Un delinquente nato, ex soldato de la Compagnia di disciplina di S. Leo [Marche] (Un criminel-né, ancien soldat de la Compagnie de discipline de Saint-Léon [Marche]); par le Dr Funaioli, extrait des *Atti della Società di medicina legale*, fasc. I-II, 1912. Roma, Tipografia delle Mantellate, 1912.

Soldat de vingt-trois ans, qui a encouru, avant l'incorporation, cinq condamnations pour vol et outrages aux agents, et depuis lors quatre condamnations pour outrages et menaces à des supérieurs. Fils d'alcoolique, il est porteur de nombreux stigmates de dégénérescence. Malformations cranio-faciales; les indices antibrachial et fémoro-tibial sont très grands. C'est un vicieux constitutionnel, supportant mal l'alcool et réagissant d'une façon impulsive à ses impressions du moment : il ne peut supporter aucune contrainte; il est très paresseux et très voleur. Son attitude, à l'examen, est celle d'un loustic de chambrée, fanfaron de vice. Cet état rentre dans ceux que l'école italienne décrit comme étant de nature épileptoïde. Quoi qu'il en soit de cette interprétation, comme Funaioli, comme tous nos camarades de l'armée, nous pensons que de tels sujets ne doivent point être incorporés dans un corps de troupe où ils ne sont point à leur place, où ils sèment la contagion du mauvais exemple. Mais ces sujets ne sauraient être dispensés de tout service : on doit donc les utiliser au mieux des intérêts de l'armée et les soumettre à un régime particulier adapté à leur mentalité particulière.

L. WAHL.

I vari tipi cranio faciali e le differenze di resistenza psichica in guerra (Les divers types cranio-faciaux et les différences de résistance psychique à la guerre); par le Dr G. Funaioli. Broch. in-8°. Extrait du *Giornale di medicina militari*, décembre 1916.

Ce très court mais très remarquable travail se termine par les conclusions suivantes :

a) Le type cranio-facial vulgaire constitue pour l'organisation individuelle la meilleure garantie de résistance psychique aux émotions et aux fatigues de la guerre et une garantie de retour assez rapide au rythme normal lorsqu'un trouble psychique vient à se produire ;

b) L'anomalie du type cranio-facial est à la base de nombreux troubles morbides dits fonctionnels de toute espèce : en particulier, les syndrômes qu'on peut rapporter à l'hystérie se rencontrent très fréquemment chez les sujets à crâne asymétrique ;

c) La constitution cranio-faciale règle les directives des phénomènes fonctionnels d'ordre psychique.

L. WAHL.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

HENRI R. STEDMAN. Mental pitfalls of adolescence. 27 pages in-8°. Extrait du *Boston medical and surgical Journal*, 16 novembre 1916.

Proceedings of the American Medico-Psychological Association at the seventy-second annual meeting held at New Orleans. La., avril 4-6, 1916. 1 vol. in-8° de 550 pages cartonné à l'anglaise. Baltimore. The Lord Baltimore Press, 1916.

H. BERNHEIM. Automatismes et suggestion. 1 vol. in-18, 168 pages, de la *Bibliothèque de philosophie contemporaine*. Paris, Félix Alcan, 1917.

A. PARIS. Comment la paralysie générale progressive aurait trouvé un appoint de causes occasionnelles pendant la guerre, comment son évolution aurait été influencée par la guerre. 7 pages in-8°. Extrait des *Comptes rendus de la Société de médecine de Nancy*, séance du 28 mars 1917.

AUGUSTE WIMMER. Psykiatrisk-neurologiske Undersøgelsesmetoder. 1 vol in-12 de 102 pages. Copenhague, G. E. C. Gads, 1917.

LOUIS HUOT et PAUL VOIVENEL. Le cafard. 18 pages in-8° avec figures. Extrait du *Mercure de France*, 1^{er} septembre 1917.

E. E. SOUTHARD. Fifth annual report of the Psychopathic department. Reprinted from the eighth annual report of the Boston State hospital for the year ending November 30, 1916. 57 pages in-8°, Boston, 1917.

VARIÉTÉS

LES MÉDECINS ALIÉNISTES ET LA GUERRE

Citations. — Nous enregistrons avec plaisir les citations suivantes : l'une obtenue par un interne des asiles de la Seine, les autres par des fils de nos collègues. Voici la première :

M. le D^r ABELY (XAVIER), médecin aide-major de 1^{re} classe, interne des aliénés de la Seine : « D'un dévouement au-dessus de tout éloge et d'un courage tranquille. A assuré, dans d'excellentes conditions et malgré de violents bombardements, l'évacuation des blessés des postes de secours pendant les journées du 27 juillet au 12 août. »

Les deux citations suivantes, toutes deux à l'ordre de la division, ont été obtenues par M. ANDRÉ RÉGIS, médecin aide-major de 1^{re} classe au 224^e régiment d'artillerie, fils aîné de notre regretté collègue et ami, le professeur E. Régis, de Bordeaux :

1^o Année 1916. « A dirigé sous un violent bombardement les travaux de sauvetage destinés à dégager les officiers d'une compagnie du génie ensevelis sous l'éboulement de leur abri et a réussi à sauver l'un d'eux de la mort, grâce aux soins immédiats qu'il lui a donnés. »

2^o Octobre-novembre 1917. « Pour sa belle conduite, toute de courage et de dévouement au Chemin-des-Dames. »

La dernière que nous avons à enregistrer est celle obtenue par un des fils de notre excellent collègue et ami, le D^r René Semelaigne, et à la suite de laquelle il a été nommé capitaine.

Citations à l'ordre du ...^e corps d'armée. — SEMELAIGNE (ROBERT-LOUIS-RENÉ), lieutenant de chasseurs à pied détaché à un groupe d'artillerie d'assaut : « Officier d'un dévouement absolu et d'une bravoure à toute épreuve. Au cours du combat du 11 juin, est parvenu, malgré les plus grandes difficultés, à assurer la liaison de son groupe, circulant au milieu des vagues d'assaut dans un feu intense, faisant ainsi preuve du plus absolu mépris du danger. Quoique parvenu à l'extrême limite de ses forces, s'est offert volontairement, en fin de combat, pour poursuivre la lutte. »

NOMINATIONS ET PROMOTIONS

Arrêtés d'août 1918 : M. le D^r LEVASSORT, médecin adjoint faisant fonction de médecin en chef de l'asile privé de Caen, est nommé médecin en chef du même asile, pour prendre rang à partir du 1^{er} juin 1918, et placé dans la 4^e classe de son grade (5.000 francs);

MM. les D^{rs} LERAT, médecin adjoint de l'asile de Lesvellec (Morbihan); PRINCE, médecin adjoint de l'asile d'Alençon (Orne); LOUP, médecin adjoint de l'asile d'Auxerre (Yonne), sont promus de la 1^{re} classe à la classe exceptionnelle de leur grade (4.500 francs);

MM. les D^{rs} GUICHARD, médecin adjoint de l'asile Saint-Pons-Nice; DEMAY, médecin adjoint de l'asile de Clermont (Oise), sont promus de la 2^e classe à la 1^{re} classe de leur grade (4.000 francs);

M. le D^r MERCIER, directeur-médecin de l'asile de Pierrefeu (Var), est promu à la 1^{re} classe de son grade (8.000 francs);

MM. les D^{rs} HAMEL, directeur-médecin de l'asile de Quatre-Mares (Seine-Inférieure); BOURDIN, médecin en chef de l'asile du Mans; CHARUEL, directeur-médecin de l'asile de Châlons-sur-Marne, sont promus à la classe exceptionnelle de leur grade (9.000 francs).

Arrêtés de septembre 1918 : M. le D^r FOUQUE, médecin adjoint de la Colonie familiale de Dun-sur-Auron, est promu à la classe exceptionnelle de son grade (4.500 francs);

MM. les D^{rs} THIBAUD, médecin en chef de l'asile de Clermont (Oise), AMELINE, directeur-médecin de la Colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier), sont promus à la 1^{re} classe de leur grade (8.000 francs);

M. le D^r JUQUELIER, directeur-médecin de l'asile de Moisselles (Seine-et-Oise), est promu à la 2^e classe de son grade (7.000 francs);

M. MONGNET, directeur de l'asile de Cadillac, est promu à la 1^{re} classe de son grade (8.000 francs).

Arrêtés d'octobre 1918 : M. le D^r CAPGRAS, médecin en chef de l'asile de Maison-Blanche, est promu à la 2^e classe de son grade (7.000 francs).

M. MILLETEAU, ancien préfet du Doubs, est nommé directeur de l'asile de Villejuif (Seine), en remplacement de M. Edgard Monteil, dont la démission est acceptée;

M. BONNAFOUS, sous-préfet de Narbonne, est nommé directeur de l'asile de Maison-Blanche (Seine), en remplacement de M. Bouleau, mort au service du pays;

M. BOUCHACOURT, conseiller de préfecture de la Seine, est

nommé directeur de la Maison nationale de santé de Saint-Maurice, en remplacement de M. Dubranle, admis à faire valoir ses droits à la retraite;

— M. REYREL, ancien directeur du cabinet du préfet de la Seine, chef du cabinet du ministre de l'Intérieur, est nommé directeur de l'asile clinique (Sainte-Anne), à Paris, en remplacement de M. Guillot, admis à la retraite.

NÉCROLOGIE

PROFESSEUR E. RÉGIS. — Dans les belles pages qu'il a consacrées au professeur Régis dans le dernier numéro des *Annales*, M. Henry Damaye s'est surtout appliqué à nous faire connaître dans le maître aimé le merveilleux enseignant, le clinicien sagace, l'homme de progrès. Faute de renseignements exacts, il a laissé à d'autres la tâche de faire la biographie du maître trop tôt disparu. Cette tâche, il est de mon devoir de l'assumer, et je l'accomplis d'autant plus volontiers que je rends ainsi un suprême hommage à un ami de longue date, à un ancien collaborateur des *Annales*, où il a publié ses premiers travaux.

Jean-Baptiste-Joseph-Emmanuel Régis est né à Auberive (Haute-Garonne) le 29 avril 1855 (et non en 1854, comme il a été dit par erreur en tête de l'article de notre distingué collaborateur). Il fit ses études classiques au collège de Pamiers, dans l'Ariège. Après avoir passé ses deux baccalauréats, il se fit inscrire à l'Ecole préparatoire de médecine de Toulouse, où il ne resta que peu de temps, assez cependant pour acquérir un bon fonds de connaissances qu'il sut si bien faire fructifier. Venu à Paris, en 1877, pour y terminer ces études médicales, il montra bien les tendances de son esprit en sollicitant une place d'interne des asiles de la Seine; le concours n'existait pas encore et ne fut institué que trois ans après. Régis fut nommé d'abord à l'asile de Ville-Evrard, puis, en 1879, interne de l'asile de Sainte-Anne.

Tout en préparant ses examens de doctorat, Régis se livrait à une étude approfondie des maladies mentales et recueillait avec soin de nombreuses observations cliniques. Aussi se trouva-t-il en mesure de présenter à la Société médico-psychologique, pour le prix Esquirol à décerner en 1879, un mémoire intitulé : *De la dynamique ou exaltation fonctionnelle au début de la paralysie générale progressive*. Ce travail, intéressant à plus d'un titre, fut classé par la Commission en première ligne sur six concurrents et obtint le prix.

En 1880, Régis soutint sa thèse de doctorat; elle a pour

sujet : *La folie à deux ou folie simultanée*. Ce travail fut très remarqué ; il obtint le prix des *Annales médico-psychologiques* que notre regretté maître Baillarger avait créé pour l'année 1880. Cette thèse de Régis, qui a aujourd'hui près de quarante ans de date, n'a rien perdu de sa valeur ; elle mérite toujours d'être consultée, et avec profit.

En décembre 1880, notre collègue se présentait au concours du clinicat des maladies mentales ; il fut nommé, et, pendant deux ans, il prit « une part importante » à l'enseignement des maladies mentales, selon l'expression même du professeur de la clinique des maladies mentales, le regretté D^r B. Ball. Il aimait d'ailleurs à enseigner, à faire part de son savoir aux autres, à les guider dans leurs recherches. Il fit ainsi aux élèves plusieurs leçons sur des sujets variés, entre autres une sur « la paralysie générale de la femme », qui a été publiée, en 1882, dans la *France médicale*.

Nommé médecin adjoint de l'asile Sainte-Anne, en février 1881, il aurait pu faire sa carrière dans les asiles à la fin de son clinicat ; il préféra son indépendance et accepta d'être médecin de la maison de santé de Castel-d'Andorte, au Bouscat, près Bordeaux. Il trouva dans ces nouvelles fonctions les loisirs nécessaires à la rédaction de son excellent *Manuel pratique de médecine mentale*, qui parut en 1885, avec une préface du professeur Benjamin Ball. Cet ouvrage fut très favorablement accueilli dans le monde médical, et cela parce qu'il était surtout et avant tout clinique et pratique. Il devint le *vade-mecum* non seulement des étudiants en médecine, mais des médecins praticiens. Son succès grandit avec le temps, puisqu'il atteignit, en l'espace de vingt-neuf ans, cinq éditions, fait rare pour les publications médicales. Il est vrai qu'avec la troisième édition, l'ouvrage changea de titre, de simple manuel pratique de médecine mentale, il devint *Précis de Psychiatrie*, et la dernière édition, qui porte la date de 1914, ne contient pas moins de 1.280 pages. C'est que son auteur, pour qui cet ouvrage était en quelque sorte l'œuvre de prédilection, le remaniait en quelque sorte à chaque nouvelle édition, l'augmentait, le mettait au niveau des acquisitions nouvelles, de telle sorte qu'on peut dire que la dernière nous présente un tableau exact de notre spécialité à la date où elle parut.

Cet ouvrage, qui fut très apprécié par le public médical, ne passa pas inaperçu auprès des sociétés savantes. Dès 1887, il fut couronné par la Faculté de Médecine de Paris ; en 1895, il obtint un prix de l'Académie de Médecine, et en 1907 un prix de l'Académie des Sciences.

Régis avait, nous l'avons dit, la passion de l'enseignement. Dès 1884, il ouvrit à Bordeaux un cours libre de médecine

mentale, qui eut un réel succès : étudiants en médecine et en droit, ainsi que de nombreux avocats le suivirent. La Faculté de Médecine, qui avait autrefois chargé le Dr Auzouy d'un cours libre sur ces matières délicates, fit appel au savoir de Régis et le chargea d'un cours en 1893 ; ce cours devint complémentaire en 1897. Cet enseignement fut très goûté ; aussi la Faculté crut de son devoir de s'attacher plus intimement celui qui le faisait si brillamment : notre regretté collègue fut nommé, en 1905, professeur adjoint, puis en 1913, professeur titulaire de la chaire de clinique des maladies mentales. Ses vœux les plus chers étaient réalisés ; il enseignait officiellement les maladies mentales, de nombreux auditeurs suivaient sa clinique et ses leçons, il inspirait de nombreuses thèses sur les questions les plus variées.

L'Académie de Médecine, reconnaissant ses titres scientifiques, se l'adjoignit, en 1910, comme correspondant. Dès 1903, il avait été nommé chevalier de la Légion d'honneur ; en 1917, il reçut la rosette pour les services signalés qu'il avait rendus dans l'organisation des centres psychiatriques d'armée, car une des questions qui le préoccupaient vivement, sur laquelle il avait fait des travaux, c'est celle des affections mentales dans l'armée, et en temps de paix et pendant les guerres. Il y a sur cette question des pages très suggestives dans la dernière édition de son *Précis de Psychiatrie*.

Il me semble superflu de rappeler les nombreux mémoires et travaux publiés par notre collègue et ami ; ils sont légion et fort connus des lecteurs des *Annales*. Rappelons cependant : *Les familles des aliénés au point de vue biologique*, en collaboration avec le professeur B. Ball ; *Les obsessions et les impulsions*, en collaboration avec le professeur Pitres ; *L'assistance des aliénés aux colonies*, etc., etc.

Régis s'était marié jeune : il trouva dans la digne compagne de sa vie, le modèle de la femme du savant, d'un dévouement sans bornes, mais aussi plein de délicatesse, qui sut créer autour de lui une atmosphère calme et sereine, si propice aux travaux de l'esprit. Deux fils vinrent égayer ce foyer, qui, par leur intelligence, leur ardeur au travail, suivaient les traces paternelles. L'existence de notre ami s'écoulait donc heureuse, lorsque la guerre éclata. Le foyer fut dispersé : le père fut chargé de l'organisation d'un centre psychiatrique, les fils, en âge d'être mobilisés, quittèrent Bordeaux pour le front. Le plus jeune, Jean, âgé de vingt-six ans, fut attaché à une ambulance ; mais son ardent amour de la patrie le poussa à entrer dans l'aviation ; il devint bientôt sergent pilote. Chargé d'une mission de confiance par ses chefs, il partit de Paris sur son avion, vola jusqu'à Auxerre ; là, perdu dans le brouillard, il

voulut atterrir, mais son avion, bien que neuf, capota et vint s'écraser sur le sol. Le pauvre jeune homme, immédiatement secouru, fut transporté à l'hôpital mixte d'Auxerre, où il ne tarda pas à expirer, après avoir exhalé, en quelque sorte, ces simples mots : « Je m'appelle Régis, je suis de Bordeaux, mon père est docteur. »

Je n'essaierai pas de décrire la douleur déchirante des parents à la nouvelle de cette horrible catastrophe. Notre ami, dont la santé était déjà ébranlée par un surmenage exceptionnel, dut cesser toute occupation ; bientôt il s'alita, déclina peu à peu et mourut le 24 juin 1918, dans sa soixante-quatrième année, sept mois à peine après l'accident mortel de son fils.

Cette mort prématurée jeta dans la consternation les amis de Régis, ses collègues, ses nombreux élèves. Tous s'accordèrent pour rendre un suprême hommage au savant, au clinicien, au professeur, dont l'œuvre ne périra point. Quant aux intimes, ils n'oublieront jamais quel noble caractère il fut, quel grand cœur, combien sa bienveillance était inaltérable, son dévouement profond. Cette « voix du lendemain », selon la parole de Sainte-Beuve, que je viens exprimer ici, est la voix de la vérité ; elle sera ratifiée, j'en ai la certitude.

A. R.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE X^e VOLUME DE LA DIXIÈME SÉRIE

PREMIÈRE PARTIE

MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS

I. — Chronique.

	PAGES
Le professeur Régis (1854-1918); par le Dr Henri Damaye.	145

II. — Psychologie.

Les grands inquiets. Contribution à la psychologie des grands hommes. — III. Auguste Comte; par les Drs Deswarte et Marguerite Jannin.	5
--	---

Psychologie morbide.

La pathologie mentale dans les drames de Shakespeare; par le Dr A. Vigouroux	153 et 225
--	------------

III. — Pathologie.

Les états mélancoliques consécutifs aux commotions cérébrales; par les Drs J. Euzière et P. Guiraud.	18
Aliénés militaires admis à l'asile de Limoux en 1916 et 1917; par le Dr C. Rougé	35
Réactions de fatigue chez les prédisposés. Etats paranoïdes; par les Drs R. Mallet et P. Meunier.	48
Les maladies mentales et les névroses de guerre dans l'armée britannique. Hospitalisation et traitement; par le Dr A. Cullerre.	173
Contribution à l'étude de la confusion mentale psychogène; par les Drs A. Charon et G. Halberstadt	252

V. — Revue critique.

A propos des mesures récentes prises en République Argentine contre l'augmentation de la criminalité; par le Dr L. Wahl.	278
--	-----

IV. — Médecine légale.

PAGES

- Rapport médico-légal sur l'état mental de K... F..., prévenu d'assassinat. Deuxième expertise (*suite et fin*); par les D^rs Max Egger, François Naville et Paul-Louis Ladame 61

DEUXIÈME PARTIE

REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE

I. — Société médico-psychologique.

- Séance du 29 avril 1918.* — Correspondance : MM. Capgras, Charpentier, Wimmer, Landau. — Mort de M. Ph. Rey : M. Colin. Rapport de M. Juquelier sur la candidature de M. André-René Gilles; élection. — Rapport de M. Semelaigne sur la candidature de M. Funaioli; élection. — Les enseignements méthodologiques et la signification de la psycho-analyse, par MM. H. Colin et R. Mourgue. Discussion : MM. Colin, Vallon. — La paralysie générale et la guerre, par M. A. Delmas. Discussion : MM. Colin, Fillassier, Vigouroux, Mignot, Arnaud, Delmas, Lautier. — Dipsomanie avec épilepsie par hérédo-alcoolisme. Présentation de malade, par MM. Laignel-Lavastine et G. Noguès. 75
- Séance du 27 mai 1918.* — Correspondance : MM. André-René Gilles, Damaye. — Réformes de déments précoces, par M. J. Capgras. Discussion : MM. Arnaud, Vigouroux, Colin. — Paralysie générale traumatique (?), par M. A. Vigouroux. Discussion : MM. Colin, Laignel-Lavastine. — Deux cas d'anxiété mélancolique post-ménopausique, par M. A. Vigouroux. Discussion : MM. Laignel-Lavastine, Arnaud, Vigouroux, Mignot, Capgras, Colin, Vallon, Lwoff. 110
- Séance du 24 juin 1918.* — Correspondance : MM. Capgras, Chavigny, Courjon, Colin. — Mort de M. Régis : M. Colin. — Blessure et décoration de M. Trénel : MM. Colin, Lwoff. — Rapport de M. Ritti sur la candidature de M. Damaye, élection. — Troubles psychiques par intoxication gastro-intestinale. Leur importance en psychiatrie de guerre, par M. Chavigny. Discussion : MM. Pactet, Colin, Vigouroux. — Réformes des déments précoces (*suite*) : MM. Ritti, Colin, Vigouroux. 188
- Séance du 29 juillet 1918.* — Correspondance : MM. Briand, Capgras, Trénel, Damaye, M^{me} Régis. — Mort de M. Legras : M. Colin. — Rapport de M. Dupain sur la candidature de M. Jean Conrjon; élection. — Rapport de M. Juquelier sur la candidature de M. Chavigny; élection. — Réformes des déments précoces (*suite et fin*). Discussion du vœu proposé par M. Capgras : MM. Colin, Arnaud, Vigouroux, Vallon, Juquelier, Mignot, Roubinovitch, Pactet, Lwoff. — Un cas de syndrome paralytique à trypanosomes. Présentation du malade, par MM. H. Colin et R. Mourgue. Discussion : MM. Vigouroux, Mourgue. — Fibrome de l'acoustique unilatéral avec hypertension intracrânienne et amanrose chez un aliéné atteint de psychose hallucinatoire subaiguë, par M. Brutsaert. 284

II. — Revue des journaux de médecine.**JOURNAUX ITALIENS (1912)**

(Anal. par le Dr L. WAHL.)

	PAGES
Notes anatomiques et histologiques sur les encéphalites aiguës . . .	198
Des névroses traumatiques, particulièrement des formes indemni- sables	199
Sur les altérations de la moelle épinière consécutive à l'amputation des membres	200
Sur la nature de l'hystérisme	201
Le cerveau et la fonction ovarique	202
Contribution à la connaissances des kystes de la glande pinéale . .	203
Lignes hyperesthésiques sur la surface cutanée de l'homme . . .	204
L'idiot microcéphale Baptiste	205
Etudes de psychiatrie militaire	206
Nouvelles données sur la pathologie des vaisseaux sanguins des centres nerveux et leurs rapports avec les formes cliniques . .	207
Sur la façon dont se comporte le squelette névrologique de Palladino dans les fibres nerveuses des divers zones et aires de la moelle épineière	207
A propos de la vaccination chez les psychopathes	208
Lésions histologiques sur un cas de phrénose maniaco-dépressive .	208
Le pantopon Roche dans les maladies mentales	209
Les méthodes psychologiques pendant ces dix dernières années selon R. Summer	210

III. — Bibliographie.

Rapports des administrateurs et du médecin-directeur de l'asile de Butler pour l'année 1917 (Anal. par le Dr V. Parant père) . . .	137
Éléments de régime alimentaire pour les asiles d'aliénés adaptés aux nécessités de la guerre, par les Drs A.-J. Sommer et P. Saha (Anal. par le Dr V. Parant père)	212
Le cafard, par les Drs Huot et Voivenel (Anal. par le Dr V. Pa- rant père)	214
Les criminaloïdes dans l'armée. Nouvelle contribution à l'obser- vation des caractères anthropo-psychologiques des militaires délinquants, par le Dr G. Funaioli (Anal. par le Dr L. Wahl) . .	217
La psychologie du soldat, par les Drs Huot et Voivenel (Anal. par le Dr V. Parant père)	304
Contribution à l'observation des caractères anthropo-psychologiques des militaires délinquants, spécialement par rapport aux criminels d'occasion, par le Dr G. Funaioli (Anal. par le Dr L. Wahl) . .	307
Essai de pédagogie éméndative militaire, par le Dr G. Funaioli (Anal. par le Dr L. Wahl)	308
Un criminel-né, ancien soldat de la compagnie de discipline de Saint-Léon (Marche), par le Dr G. Funaioli (Anal. par le Dr L. Wahl)	309
Les divers types cranio-faciaux et les différences de résistance psy- chique à la guerre, par le Dr G. Funaioli (Anal. par le Dr L. Wahl)	309
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE	138, 218, et 310

IV. — Variétés.

PAGES

Les médecins aliénistes et la guerre. — Nominations et promotions : MM. Simonet, Dupré, Halberstadt. — Martyrologe de la psychiatrie (<i>suite</i>). — Nécrologie : D ^r Philippe Rey. — Ecole spéciale de neurologie fondée en 1914 à Philadelphie. — Augmentation de la criminalité en Allemagne	139
Les médecins aliénistes et la guerre. — Nominations et promotions : M. Cuvelier. — Nécrologie : D ^r Legras, D ^r Dromard, D ^r Georges Carrier. — Prix de la Société médico-psychologique.	219
Les médecins aliénistes et la guerre. — Nominations et promotions : MM. Levassort, Lerat, Prince, Loup, Guichard, Demay, Mercier, Hamel, Bourdin, Charuel, Fouque, Thibaud, Ameline, Juquelier, Mongnet, Capgras, Milleteau, Bonnafons, Bouchacourt, Reyrel. — Nécrologie : Prof. E. Régis.	311
Table des matières du tome IX de la 10 ^e série	317

Le Rédacteur en chef-Gérant : ANT. RITTI.